Vietnamese:

Chương trình Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân Thu nhập Thấp, Không có Bảo hiểm hoặc Bảo hiểm không đầy đủ
Chăm sóc Miễn phí hoặc Chăm sóc Giảm giá
Câu hỏi Thường gặp

Làm thế nào để tôi biết mình có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho các hóa đơn bệnh viện của mình không?

Bệnh viện Sonoma Valley cung cấp Hỗ trợ Tài chính, Chăm sóc Miễn phí hoặc Chăm sóc Giảm giá cho tất cả bệnh nhân.
Bạn có thể kiểm tra xem mình có đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính hay không bằng cách sử dụng các Hướng dẫn Nghèo khổ Liên bang mới nhất. Cư trú tại California là yêu cầu đối với hỗ trợ tài chính. Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân sẽ không yêu cầu chứng minh quốc tịch hoặc tình trạng cư trú hợp pháp như một cách chứng minh cư trú tại California.

Nếu thu nhập gia đình bạn dưới 300% mức Hướng dẫn Nghèo khổ Liên bang, bạn có thể đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính (bệnh viện sẽ xóa 100% số dư của bạn). Nếu thu nhập gia đình bạn từ 301% đến 400% mức Hướng dẫn Nghèo khổ Liên bang, bạn có thể đủ điều kiện nhận tùy chọn thanh toán giảm giá, với một số dư nhỏ còn lại là trách nhiệm của bạn. Nếu gia đình bạn có chi phí y tế cao (chi phí y tế hàng năm chiếm 10% thu nhập gia đình của bạn), bạn có thể đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính hoặc tùy chọn thanh toán giảm giá.

Làm thế nào để tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính nếu tôi có bảo hiểm nhưng thu nhập thấp?
Văn phòng kinh doanh sẽ bắt đầu quá trình xác định đủ điều kiện khi nhận được mẫu đơn đăng ký đã hoàn thành cùng với tài liệu xác minh thu nhập của gia đình bạn. Việc không nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh và tài liệu hỗ trợ xác minh thu nhập gia đình có thể dẫn đến việc từ chối đơn xin.

Làm thế nào để tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính nếu tôi không có bảo hiểm (thanh toán tự túc)?
Trước tiên, bạn sẽ cần được kiểm tra tình trạng đủ điều kiện sơ bộ cho Medi-Cal bởi tư vấn viên tài chính của chúng tôi. Khi việc xác định đủ điều kiện hoàn tất, bạn sẽ nhận được một lá thư để ký. Bạn sẽ cần cung cấp tài liệu xác minh thu nhập gia đình, chẳng hạn như bản khai thuế gần nhất. Nếu bạn không khai thuế, vui lòng đính kèm một lá thư giải thích cách bạn hỗ trợ bản thân và gia đình. Điền vào mẫu "Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính" và nộp tất cả các tài liệu xác minh.

Các bằng chứng thu nhập chấp nhận được bao gồm: tất cả các mẫu thuế yêu cầu
• Bản sao hai (2) tháng gần nhất của bảng lương cho cả người xin và người đồng xin
• Bản sao bảng lương W-2 hoặc 1099 của năm hiện tại cho cả người xin và người đồng xin
• Bản sao khai thuế của năm hiện tại có chữ ký (cho cả người xin)
• Bản sao thư phân bổ an sinh xã hội hiện tại và/hoặc bằng chứng thu nhập

Vui lòng gửi đơn đăng ký đã hoàn thành và các tài liệu hỗ trợ đến Bệnh viện Sonoma Valley theo địa chỉ:

Chú ý: Lisa Stone, Kế toán Bệnh nhân, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476
Fax: 707-935-5319 Điện thoại: 707-935-5325

Tôi sẽ được thông báo về kết quả đơn xin như thế nào?
Khi quá trình xét duyệt đơn của bạn hoàn tất, bạn sẽ nhận được cuộc gọi từ văn phòng kế toán bệnh nhân thông báo về số dư mới của bạn.

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Tên Bệnh nhân: _____ SSN: _____
Vợ/Chồng: _____ SSN: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Quốc gia/Mã bưu điện:
_____
Số tài khoản: _____ Số điện thoại:
_____
Số MRN: _____ Số người bảo lãnh: _____

Kích thước gia đình: _____ (bao gồm bản thân, vợ/chồng và trẻ em phụ thuộc).
Liệt kê tất cả các người phụ thuộc (trẻ em) mà bạn hỗ trợ trong khai thuế.

Tên Tuổi Quan hệ

Nếu cần thêm không gian, vui lòng sử dụng mặt sau của trang này.

Thông tin việc làm (nếu tự làm chủ, ghi tên doanh nghiệp)

Nhà tuyển dụng: _____ Chức vụ:
_____

Nhà tuyển dụng vợ/chồng: _____ Chức vụ:
_____

Thu nhập hàng tháng hiện tại
Cần cung cấp bằng chứng thu nhập (báo cáo thuế, bảng lương, v.v.).

1. Tổng lương và tiền công trước khi khấu trừ _____

2. Thu nhập từ kinh doanh (nếu tự làm chủ) _____
3. Thu nhập khác _____
4. Lãi suất và cổ tức _____
5. Thu nhập từ an sinh xã hội _____
6. Khác _____

Tổng thu nhập hàng tháng hiện tại _____

Ký tên vào mẫu đơn này, tôi đồng ý cho Bệnh viện Sonoma Valley kiểm tra lịch sử việc làm và tín dụng của tôi để xác định quyền đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu cung cấp chứng minh thông tin tôi đã cung cấp.

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người bảo lãnh Ngày Chữ ký của Vợ/Chồng Ngày