

CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ VÀ CHĂM SÓC TỪ THIÊN

ĐƠN XIN

NGƯỜI LÀM ĐƠN PHẢI ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ SAU ĐỂ ĐƯỢC XEM XÉT TỰ CÁCH HỘI ĐỦ

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ HOẶC CHĂM SÓC TỪ THIÊN:

- Phải áp dụng trong vòng một năm kể từ ngày nhận dịch vụ.
- Không được hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm từ các bên thanh toán thuộc chính phủ/phi chính phủ hoặc các bên thanh toán này đã chi trả hết bảo hiểm.
- Không được có bất kỳ bảo hiểm trách nhiệm bên thứ ba nào.
- Phải nộp đơn xin nhận các dịch vụ nhận được tại Zuckerberg San Francisco General Hospital, Phòng Khám Chăm Sóc Chính của Cộng Đồng, Laguna Honda Hospital & Rehabilitation Center, Ban Sức Khỏe Dân Số hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.
- Phải nộp đơn xin nhận các dịch vụ chưa được giảm giá.
- Phải cung cấp cuống phiếu lương của quý gần nhất hoặc bản khai thuế năm gần nhất.
- Phải có tổng thu nhập của hộ gia đình bằng hoặc dưới 500% mức nghèo liên bang để được xem xét nhận Chăm Sóc Từ Thiện.
- Phải cung cấp giấy tờ xác minh về tài sản có tính thanh khoản cao đủ điều kiện để được xem xét nhận Chăm Sóc Từ Thiện.
- Bệnh nhân hoặc người đăng ký nhận được khoản thanh toán bảo hiểm cho các dịch vụ đã nhận phải chuyển khoản thanh toán cho Mạng Lưới Y Tế San Francisco để hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính.

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN XIN:

- Điền đầy đủ thông tin và ký vào đơn xin này.
- Gửi đơn xin và giấy tờ xác minh.

Đối với Dịch Vụ Bệnh Viện và Phòng Khám, hãy gửi đơn xin và giấy tờ xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center
Admissions and Eligibility Department
375 Laguna Honda Blvd, Rm PG 123
San Francisco, CA 94116
Gọi cho Phòng Trợ Cấp Tài Chính Cho Bệnh Nhân theo số (415)682-5683 để được hỗ trợ.

Đối với Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi, hãy gửi đơn xin và giấy tờ xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

Gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên về Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health Services, BHS) theo số (888) 246-3333 để được hỗ trợ.

THÔNG TIN NGƯỜI LÀM ĐƠN

Họ:	Tên:
Ngày Sinh:	Số Hồ Sơ Y Tế:

ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ

Địa Chỉ:	Thành Phố:
Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Quốc Gia:	Số Điện Thoại:
Số Điện Thoại Di Động:	Email:

ĐỊA CHỈ TẠM TRÚ (nếu có)

Địa Chỉ:	Thành Phố:
Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Quốc Gia:	Số Điện Thoại:
Số Điện Thoại Di Động:	Email:

TƯ CÁCH HỘI ĐỦ VÀ SÀNG LỌC

Tình trạng hôn nhân của quý vị là gì?	<input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Đã Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Ly Hôn <input type="checkbox"/> Bạn Đời Sống Chung
Quý vị có bảo hiểm y tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, xin nêu rõ: Cung cấp Thẻ bảo hiểm.
Quý vị có tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài 12 tháng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đơn xin đang chờ xét duyệt với Medi-Cal không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang mang thai vào ngày nhận dịch vụ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không Áp Dụng
Quy Mô Gia Đình (bản thân, vợ/chồng và con cái dưới 21 tuổi)	# _____
Tổng thu nhập hàng tháng của cả gia đình tại thời điểm nộp đơn xin:	\$ _____ Cung cấp cuống phiếu lương của quý (3 tháng) gần nhất hoặc bản khai thuế năm gần nhất.
Tổng tài sản tại thời điểm nộp đơn xin (ngoại trừ chương trình hưu trí và phúc lợi trả sau):	\$ _____ Cung cấp sao kê tài chính của quý (3 tháng) gần nhất tính đến thời điểm nộp đơn xin.
Xác định tất cả các loại tài khoản tài sản được nắm giữ:	<input type="checkbox"/> Vãng Lai <input type="checkbox"/> Tiết Kiệm <input type="checkbox"/> Thị Trường Tiền Tệ <input type="checkbox"/> Chứng Chỉ Tiền Gửi <input type="checkbox"/> Môi Giới Chứng Khoán <input type="checkbox"/> Quỹ Tương Hỗ Cung cấp sao kê cho tất cả các tài khoản được nắm giữ.



Tôi tuyên bố các câu trả lời đưa ra là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi không được bảo hiểm hoặc được bảo hiểm không đúng mức và không có bảo hiểm trách nhiệm pháp lý bên thứ ba. Tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp sẽ được xác minh. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để sàng lọc tư cách hội đủ đối với nhiều Chương Trình của Liên Bang, Tiểu Bang và Quận. Tôi hiểu rằng nếu thông tin của tôi được cho là sai, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về toàn bộ số tiền của bất kỳ khoản phí nào cho dịch vụ y tế nhận được từ Zuckerberg San Francisco General Hospital và Phòng Khám Chuyên Khoa Ngoại Trú, Phòng Khám Chăm Sóc Chính của Cộng Đồng, Laguna Honda Hospital & Rehabilitation Center, Phòng Khám Sức Khỏe Dân Số hoặc Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.

CHỮ KÝ NGƯỜI LÀM ĐƠN:

NGÀY:

GIẤY TỜ CHỜ XÉT DUYỆT – GIỚI HẠN THỜI GIAN 30 NGÀY ĐỂ NỘP

Cuống Phiếu Lương của 3 Tháng hoặc Bản Khai Thuế Gần Đây Tất cả bản sao kê ngân hàng của 3 Tháng

Ý kiến:

QUYẾT ĐỊNH CỦA PHÒNG TRỢ CẤP TÀI CHÍNH CHO BỆNH NHÂN

Chương Trình Từ Thiện Hội đủ điều kiện Không hội đủ điều kiện

Chương Trình Giảm Giá Hội đủ điều kiện Không hội đủ điều kiện

Lý Do Từ Chối:

- Không tuân thủ
- Thu nhập trên 500% mức nghèo liên bang (Federal Poverty Level, FPL)
- Được bảo hiểm bởi bên thanh toán thuộc chính phủ hoặc phí chính phủ
- Dịch vụ nhận được đã được giám giá
- Các dịch vụ không được nhận tại Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center (LHH)
- Quá 30 Ngày – Không cung cấp giấy tờ xác minh được yêu cầu
- Khác (xin nêu rõ) _____

Quyết định tư cách hội đủ được đưa ra bởi:

Tên Viết In Hoa: _____

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Ngày gửi đến bệnh nhân để đưa ra quyết định cuối cùng: _____

Ký Tắt của Chuyên Viên Tư Vấn Tài Chính: _____

cc: Bản sao gửi đến bệnh nhân

Họ: _____ Tên: _____

Ngày Sinh: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: _____

QUY TRÌNH KHIẾU NẠI ĐỐI VỚI ĐƠN XIN BỊ TỪ CHỐI

Quyết Định • Khiếu Nại

Nếu quý vị đã được xác định là không hội đủ điều kiện tham gia chương trình Thanh Toán Giảm Giá và Chăm Sóc Từ Thiện và muốn khiếu nại quyết định từ chối tư cách hội đủ, quý vị có **15 ngày làm việc** để khiếu nại kể từ ngày có quyết định về tư cách hội đủ của quý vị. Vui lòng gửi một bản sao của đơn xin đã điền đầy đủ thông tin này cùng với văn bản tuyên bố bên dưới về lý do yêu cầu khiếu nại tới một trong các địa chỉ sau.

Đối với quyết định từ chối đơn xin của Bệnh Viện và Phòng Khám: Patient Financial Assistance Manager, Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110
Patient Access Manager, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, 375 Laguna Honda Blvd, RM PG123, San Francisco, CA 94116

Đối với quyết định từ chối đơn xin của Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi: BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

Ngày: _____ Lý Do Khiếu Nại • Quyết Định về Khiếu Nại

Lý do yêu cầu khiếu nại

QUYẾT ĐỊNH VỀ KHIẾU NẠI

Chương Trình Từ Thiện Hội đủ điều kiện Không hội đủ điều kiện

Chương Trình Giảm Giá Hội đủ điều kiện Không hội đủ điều kiện

Tên Viết In Hoa: _____ Chữ ký _____ Ngày: _____