



ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TỪ THIỆN VÀ CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ

BỆNH NHÂN PHẢI ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ SAU ĐÂY ĐỂ ĐƯỢC XEM XÉT

TƯ CÁCH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ HOẶC CHĂM SÓC TỪ THIỆN:

- Bệnh nhân chỉ có thể nộp đơn đăng ký nhận các dịch vụ tại Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Francisco, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng, Bệnh Viện Laguna Honda, Ban Sức Khỏe Dân Số hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.
- Bệnh nhân chỉ có thể nộp đơn đăng ký nhận các dịch vụ chưa được giảm giá theo Chương Trình Gói Sản Khoa hoặc VIP của bệnh viện.
- Bệnh nhân phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý trong việc cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập và bảo hiểm quyền lợi sức khỏe. Không cung cấp thông tin mang tính hợp lý và cần thiết có thể là yếu tố được cân nhắc trong quá trình đưa ra quyết định về tư cách hội đủ.
- Bệnh nhân, bên bảo lãnh 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.

CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TỪ THIỆN – TƯ CÁCH HỘI ĐỦ BỔ SUNG VÀ XÁC MINH THU NHẬP

- Bệnh nhân cũng phải hợp tác trong quy trình sàng lọc tư cách hội đủ và nộp đơn đăng ký Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm đủ điều kiện khác.
- Bệnh nhân phải có tổng thu nhập hộ gia đình từ 138% mức nghèo liên bang trở xuống và cung cấp tờ khai thuế hoặc phiếu lương gần đây để xác minh.
 - Tờ khai thuế gần đây là tờ khai thuế của năm gần nhất tính từ ngày nộp đơn. Phiếu lương gần đây là phiếu lương được lập trong vòng ba tháng trước ngày nộp đơn.
 - Tờ khai thuế gần đây cũng có thể bao gồm tờ khai thuế ghi lại thu nhập của bệnh nhân trong năm đầu tiên bệnh nhân được lập hóa đơn hoặc 12 tháng trước thời điểm bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu. Phiếu lương gần đây cũng có thể bao gồm phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau thời điểm bệnh nhân được bệnh viện lập hóa đơn lần đầu.
- Bệnh nhân đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc từ thiện sẽ được miễn trừ trách nhiệm thanh toán hóa đơn.

CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ – TƯ CÁCH HỘI ĐỦ BỔ SUNG VÀ XÁC MINH THU NHẬP

- Bệnh nhân cũng phải hợp tác trong quy trình sàng lọc tư cách hội đủ đối với Medicare, Medi-Cal hoặc bảo hiểm khác.
- Bệnh nhân phải có tổng thu nhập hộ gia đình trên 138% mức nghèo liên bang (federal poverty level, FPL) và cung cấp tờ khai thuế hoặc phiếu lương gần đây để xác minh.
 - Tờ khai thuế gần đây là tờ khai thuế ghi lại thu nhập của bệnh nhân trong năm đầu tiên bệnh nhân được lập hóa đơn hoặc 12 tháng trước thời điểm bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu. Phiếu lương gần đây là phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau thời điểm bệnh nhân được bệnh viện lập hóa đơn lần đầu.
 - Tờ khai thuế gần đây cũng có thể bao gồm tờ khai thuế của năm gần nhất tính từ ngày nộp đơn. Phiếu lương gần đây cũng có thể bao gồm phiếu lương được lập trong vòng ba tháng trước ngày nộp đơn.
- Bệnh nhân chỉ đủ điều kiện tham gia chương trình thanh toán giảm giá sẽ nhận được trợ cấp tài chính ở mức ít hơn so với số tiền được cung cấp theo chương trình chăm sóc từ thiện.

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ:

Gửi đơn đăng ký và tài liệu xác minh thu nhập đầy đủ qua đường bưu điện. Phải nộp đơn đăng ký trong vòng một năm kể từ ngày nhận dịch vụ. Các đơn đăng ký không được hoàn thành trong hơn 30 ngày theo lịch sẽ bị đóng vì không còn hiệu lực.

Để nộp đơn đăng ký nhận dịch vụ Bệnh Viện và phòng khám, hãy gửi đơn đăng ký và tài liệu xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave. Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

Gọi cho Phòng Trợ Cấp Tài Chính Cho Bệnh Nhân theo số (628) 206-3275 để được hỗ trợ nộp đơn đăng ký.

Các địa điểm nhận dịch vụ bệnh viện và phòng khám gồm có Bệnh Viện Đa Khoa và Trung Tâm Chấn Thương Zuckerberg San Francisco (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), Phòng Khám Ngoại Trú Chuyên Khoa, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng, Bệnh Viện và Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng Laguna Honda và Ban Sức Khỏe Dân Số.

Để nộp đơn đăng ký nhận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi, hãy gửi đơn đăng ký và các tài liệu xác minh qua đường bưu điện đến:

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

Gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên thuộc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health Services, BHS) theo số (888) 246-3333 để được hỗ trợ nộp đơn đăng ký.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ:	Tên:	
Ngày Sinh:	Số Hồ Sơ Y Tế:	Số Tài khoản:

THÔNG TIN BỀN BẢO LÃNH (Nếu khác với bệnh nhân)

Họ:

Tên:

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 ĐÚ VÀ SÁNG LỘC

Tình trạng hôn nhân của quý vị là gì?

☐ Đã Kết

☐ Độc Thân

☐ Góa Bận

☐ Đã Ly Thân

☐ Hôn Đã

☐ Đòi Sống

Ly Hôn

Chung

Quý vị có bảo hiểm y tế không?

☐ Có

☐ Không

Nếu có, hãy nêu rõ tất cả:

Cung cấp (các) thẻ Bảo Hiểm.

Quý vị có hoặc dự kiến sẽ có bất kỳ yêu cầu thanh toán nào đối với bên thứ ba không? Bên thứ ba chịu trách nhiệm về chấn thương, y tế, thiệt hại trong đó có thể có một khoản dàn xếp.

☐ Có

☐ Không

Nếu có, hãy nêu rõ tất cả:

Quý vị có tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài 12 tháng không?

☐ Có

☐ Không

Quý vị có đơn xin đang chờ xét duyệt với Medi-Cal không?

☐ Có

☐ Không

Quý vị có đang mang thai vào ngày nhận dịch vụ không?

☐ Có

☐ Không Không Áp Dụng

Quy Mô Gia Đình (bản thân, vợ/chồng, con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi và con cái phụ thuộc bị khuyết tật ở mọi lứa tuổi, dù sống ở nhà hay không)

Số _____

Tổng thu nhập hàng tháng của gia đình:

\$ _____

Cung cấp phiếu lương hoặc tờ khai thuế gần đây.

Tôi tuyên bố các câu trả lời được đưa ra là đúng và chính xác theo tất cả những gì tôi biết. 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 tự cách hội đủ đối với nhiều Chương Trình của Liên Bang, Tiểu Bang và Quận. Tôi hiểu rằng nếu thông tin của tôi được phát hiện 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 Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Franciscovà Phòng Khám Chuyên Khoa Ngoại Trú, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng, Bệnh Viện Laguna Honda, Phòng Khám Sức Khỏe Dân Số hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.

TÊN VIẾT IN HOA CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN:

CHỮ KÝ NGƯỜI LÀM ĐƠN:

NGÀY:

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân:
