

# HƯỚNG DẪN ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Đây là đơn đăng ký hỗ trợ tài chính tại MultiCare Health System.



**Bang Washington yêu cầu tất cả các bệnh viện cung cấp hỗ trợ tài chính** cho các bệnh nhân và gia đình đáp ứng các điều kiện thu nhập nhất định. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá dựa trên quy mô và thu nhập gia đình, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. MultiCare sử dụng Hướng Dẫn Của Liên Bang về Mức Nghèo Khó để xác định Chương trình Hỗ trợ Tài chính nào phù hợp nhất với nhu cầu của mỗi bệnh nhân. Sau khi hoàn thành đánh giá tài chính về thu nhập của bệnh nhân, hóa đơn của bệnh nhân có thể được giảm 100% nếu mức thu nhập của họ thấp hơn hoặc bằng 300% Chuẩn Nghèo Liên Bang. Nếu mức thu nhập của bệnh nhân nằm giữa 301% và 400% Chuẩn Nghèo Liên Bang, hóa đơn của bệnh nhân sẽ được giảm theo khung trượt giá sau.

Mức nghèo khó, lên đến		
300%	350%	400%
Hỗ trợ tài chính		
100%	75%	70%
Trách nhiệm của bệnh nhân		
0%	25%	30%



Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì? Hỗ trợ tài chính chi trả cho các dịch vụ y tế cần thiết tại bệnh viện do Hệ thống Y tế MultiCare cung cấp, tùy thuộc vào điều kiện của bạn. Hỗ trợ tài chính không bao gồm tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp. Để xem danh sách các trường hợp loại trừ, vui lòng xem mục Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính Theo Phòng Khám trên website của chúng tôi.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc cần sự trợ giúp để hoàn thành đơn đăng ký, vui lòng truy cập [multicare.org/financial-assistance/](http://multicare.org/financial-assistance/) để xem Các Câu Hỏi Thường Gặp (FAQ) hoặc gọi: 1-800-919-1936.

Quý vị có thể yêu cầu hỗ trợ vì bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ về khuyết tật và ngôn ngữ.

Để thiết lập hoặc nhận trợ giúp qua MyChart, vui lòng liên hệ bộ phận Chăm Sóc Khách Hàng theo số 1-844-388-2356

Để đơn của quý vị được xử lý nhanh chóng, quý vị cần:

- Cung cấp thông tin về gia đình quý vị** Điền số thành viên gia đình theo hộ gia đình (gia đình bao gồm các mối quan hệ ruột thịt, hôn nhân hoặc con nuôi đang sống cùng)
- Cung cấp thông tin về thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị** (thu nhập trước khi khấu trừ)
- Cung cấp các giấy tờ chứng minh thu nhập của gia đình**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- Ký và điền ngày làm đơn**

**Lưu ý:** Quý vị không cần phải cung cấp số An sinh Xã hội để đăng ký hỗ trợ tài chính. Quy trình xử lý đơn đăng ký sẽ nhanh hơn nếu quý vị cung cấp số An sinh Xã hội của mình. Số An sinh Xã hội được dùng để xác minh các thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh Xã hội, vui lòng chọn "N/A"

Gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh cùng tất cả tài liệu bổ sung của quý vị theo các cách sau:

- **Gửi đường bưu điện đến:** PO BOX 5299 MS: 1002-1-PFN TACOMA, WA 98415-0299
- **Fax đến:** 253-864-4017
- **Trực tuyến qua:** MyChart
- **Email:** PFNFinancialAssistance@multicare.org
- **Nộp trực tiếp:** Mang theo một bản in của đơn đăng ký hỗ trợ tài chính tới bất kỳ bệnh viện chính nào của chúng tôi hoặc Bàn tiếp đón tại các trung tâm y tế.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng về tính đủ điều kiện và quyền kháng cáo (nếu có) trong vòng 14 ngày làm việc kể từ ngày nhận đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm các giấy tờ chứng minh thu nhập.

Bằng việc gửi đơn đăng ký hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các xác minh cần thiết để xác nhận nghĩa vụ và thông tin tài chính của quý vị.

**Chúng tôi luôn sẵn sàng hỗ trợ. Hãy gửi đơn đăng ký hỗ trợ tài chính ngay!**  
**Quý vị có thể sẽ nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị**



**Notice of language availability | Free interpreter services:** If you speak a language other than English, MultiCare offers interpreter services at no cost to you. To learn more about this free service, scan the QR code or visit [multicare.org/interpreter](http://multicare.org/interpreter).

Vui lòng hoàn tất toàn bộ thông tin. Nếu không phù hợp, vui lòng điền "NA." Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết.\*

Quý vị có cần dịch vụ phiên dịch không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu chọn Có, liệt kê ngôn ngữ mong muốn:</i>
Bệnh nhân đã đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân có đang nhận các dịch vụ công cộng của bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện bệnh nhân có trong tình trạng vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn giao thông hoặc tai nạn lao động không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không đảm bảo quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị đăng ký nhận hỗ trợ.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký của mình, chúng tôi sẽ kiểm tra mọi thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc chứng minh thu nhập.
- Chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính trong vòng 14 ngày làm việc kể từ ngày nhận đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn thiện và các giấy tờ cần thiết của quý vị.

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI LÀM ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ _)	Ngày sinh	Tài khoản #
Người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh
Số An sinh xã hội	Số liên hệ chính ( ) _____ ( ) _____	
Địa chỉ nhận thư	Địa chỉ email:	
Thành phố	Bang	Mã Bưu điện
Tình trạng công việc của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Đang làm việc (ngày bắt đầu: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thất nghiệp trong bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> Kinh doanh tự do <input type="checkbox"/> Sinh viên <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác ( _____ )		

### THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê danh sách các thành viên trong gia đình của quý vị, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" bao gồm các mối quan hệ theo huyết thống, kết hôn hoặc con nuôi đang sống cùng quý vị.

**QUY MÔ GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*Đính kèm trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên người sử dụng lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Những thành viên này có đăng ký hỗ trợ tài chính cùng không?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

# MẪU ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH – THÔNG TIN CẦN GIỮ KÍN (tiếp theo)

## THÔNG TIN VỀ LỢI TỨC

**XIN NHỚ:** Quý vị phải gửi kèm theo đơn bằng chứng lợi tức của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin về lợi tức của gia đình quý vị. Thí dụ về các nguồn lợi tức:

- Tiền lương - Bảo hiểm thất nghiệp - Hành nghề tự do - Bồi thường lao động - Khuyết tật - SSI - Chu cấp con cái / vợ chồng  
- Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Hưu bổng - Tiền lãnh từ tài khoản hưu trí - Nguồn khác (xin giải thích  
\_\_\_\_\_)

**Phải xác nhận lợi tức để xác định sự trợ giúp tài chính.**

**Tất cả những người trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải cho biết lợi tức của họ. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ, tài liệu chứng minh, quý vị có thể gửi thư có ký tên, trình bày lợi tức của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho tất cả các nguồn lợi tức được xác định.**

**Thí dụ về bằng chứng lợi tức gồm có:**

- Giấy "W-2" xác nhận mức lương và các khoản khấu trừ; hoặc
- Cuống phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc là
- Tờ khai thuế lợi tức của năm vừa qua, gồm tất cả các mẫu khai đính kèm, nếu có; hoặc
- Giấy chứng nhận, có chữ ký, của hãng sở hoặc người khác; hoặc
- Giấy Chấp thuận/từ chối trường hợp hội đủ điều kiện hưởng bồi thường thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về lợi tức hoặc không có lợi tức, vui lòng gửi kèm theo đơn thư giải thích tình trạng của quý vị.

## THÔNG TIN BỔ TỨC

Vui lòng gửi kèm theo đơn thư giải thích nếu quý vị có điều gì khác về tình trạng tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, như khó khăn tài chính, lợi tức theo mùa hoặc tạm thời, hoặc quý vị đang bị mất mát cá nhân.

## THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi biết là MultiCare Health System có thể xác nhận thông tin của tôi bằng cách xem xét thông tin tín dụng và thu thập thông tin từ những nguồn khác để cứu xét và xác định tình trạng hội đủ điều kiện hưởng trợ giúp tài chính hoặc các chương trình trợ giúp thanh toán khác.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết rõ ràng nhất của tôi. Tôi biết là nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là sai, tôi sẽ bị từ chối trợ giúp tài chính, và tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chính cho tôi và biết là tôi sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ tôi được cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Người nộp đơn ký tên

\_\_\_\_\_  
Ngày



**Notice of language availability | Free interpreter services:** If you speak a language other than English, MultiCare offers interpreter services at no cost to you. To learn more about this free service, scan the QR code or visit [multicare.org/interpreter](https://multicare.org/interpreter).