



## Đơn xin trợ giúp tài chính

### CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH

Là một phần sứ mệnh của chúng tôi, Metro Health cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe xuất sắc cho cộng đồng của chúng ta và tôn trọng nhân phẩm với sự nhân hậu và kính trọng tất cả các bệnh nhân.

Chương trình Trợ giúp tài chính của chúng tôi cung cấp dịch vụ miễn phí, hoặc với mức giảm giá đáng kể, cho những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn không có khả năng trả một phần hay toàn phần cho sự chăm sóc của họ. Chương trình Trợ giúp tài chính của chúng tôi giảm giá đến 100 phần trăm chi phí bệnh viện/bác sĩ cho những bệnh nhân đáp ứng được các quy định về điều kiện về tài chính.

Khi nộp đơn xin Trợ giúp tài chính, xin quý vị vui lòng hợp tác với chúng tôi trong việc cung cấp thông tin và tài liệu chứng minh cần thiết để chúng tôi có thể quyết định một cách công bằng và kịp thời. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ và chính xác thông tin, đơn của quý vị có thể bị bỏ hoặc bị từ chối mà không cứu xét thêm, trong trường hợp đó quý vị sẽ phải trả tiền toàn phần hóa đơn của quý vị.

Vì sự tế nhị của những yêu cầu này, mọi giao tiếp, trao đổi thông tin với bệnh nhân hoặc người trong gia đình sẽ được thực hiện thật kín đáo với lòng nhân hậu.

Cảm ơn quý vị đã chọn Metro Health cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi hãnh diện được đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng chúng ta!

*Mẫu đơn này có bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Bosnia, tiếng Miến Điện, tiếng Trung-Quan Thoại, tiếng Nepal, tiếng Kinyarwanda, tiếng Đại Hàn, tiếng Somalia, tiếng Swahili và tiếng Việt*



Chúng tôi cung cấp Đơn xin Trợ giúp tài chính này cho quý vị để chúng tôi có thể xác định xem quý vị có đủ điều kiện cho Chương trình Trợ giúp tài chính của chúng tôi hay không.


## **ĐIỀN ĐƠN NÀY KHÔNG BẢO ĐẢM LÀ SẼ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC TRỢ GIÚP**

**Nếu quý vị không hoàn tất hồ sơ này hoặc nếu quý vị gửi lại mà không gửi đầy đủ giấy tờ chứng minh yêu cầu, chúng tôi sẽ không thể xác định xem quý vị có đủ điều kiện cho Chương trình Trợ giúp tài chính của chúng tôi hay không. Trong trường hợp đó, quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm trả hết số dư trong tài khoản của mình.**

**Nếu quý vị cần giúp đỡ trong việc điền mẫu này hoặc thu thập giấy tờ chứng minh, vui lòng liên lạc với Nhân viên ban dịch vụ hội viên của Metro Health tại số [616-252-7110](tel:616-252-7110) hoặc [1-800-968-0051](tel:1-800-968-0051).**

Để giúp chúng tôi xác định xem quý vị có đủ điều kiện cho Chương trình Trợ giúp tài chính của chúng tôi hay không, xin quý vị vui lòng gửi cho chúng tôi những giấy tờ chứng minh sau đây kèm theo bộ hồ sơ đã điền đầy đủ:

- ✓ Bản sao thẻ ID có hình (giấy phép lái xe tiểu bang/thẻ ID của tiểu bang).
- ✓ Mẫu khai thuế lợi tức liên bang 1040 của năm vừa qua với tất cả các mẫu W-2 và/hoặc 1099.
- ✓ Cuống ngân phiếu lãnh lương của hai tuần qua trong có ghi tổng số lợi tức trong năm cho đến nay, hoặc cuống ngân phiếu lãnh lương của hai tháng qua mà không có ghi tổng số lợi tức trong năm cho đến nay (nếu được trả lương bằng tiền mặt và không có cuống ngân phiếu lãnh lương, vui lòng cung cấp giấy xác nhận của người chủ trả lương).
- ✓ Bảng chứng lợi tức từ tất cả những nguồn khác như trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp, trợ cấp thương tật, tiền cho thuê nhà, lương hưu, tiền niên kim, tiền lời ngân hàng, v.v.
- ✓ Nếu hiện tại quý vị đang nhận trợ cấp An sinh xã hội, xin nộp bản sao lá thư xác nhận "số tiền trợ cấp" của quý vị.
- ✓ Bản sao giấy báo cáo ngân hàng cho tài khoản ngân phiếu, tài khoản tiết kiệm, chứng chỉ tiền gửi, v.v., trong hai tháng qua.
- ✓ Bản sao hóa đơn điện nước, hóa đơn điện thoại, hoặc hóa đơn truyền hình cáp mới nhất của nhà nơi quý vị đang cư ngụ.
- ✓ Nếu là sinh viên, xin nộp danh sách các lớp/tín chỉ của học kỳ hiện đang học và bản sao thẻ ID sinh viên.
- ✓ Nếu quý vị báo cáo lợi tức của quý vị là \$0 ở trang sau, xin nộp Giấy xác nhận sự hỗ trợ đã hoàn thành (ở cuối mẫu này) từ bất kỳ (những) người nào hỗ trợ cho quý vị hoặc gia đình quý vị.

 **CHÚ THÍCH:** Tên ghi trên thẻ ID có hình của bệnh nhân phải giống với tên trên ngân phiếu lãnh lương và giấy khai thuế.

**Xin vui lòng gửi đơn này và các giấy tờ, tài liệu chứng minh yêu cầu lại cho chúng tôi càng sớm càng tốt. Chúng tôi sẽ không cứu xét đơn cho đến khi chúng tôi nhận được tất cả các giấy tờ, tài liệu chứng minh yêu cầu.**

Vui lòng liên lạc với Nhân viên ban dịch vụ hội viên của Metro Health theo số trên để sắp xếp cuộc phỏng vấn tại chỗ hoặc qua điện thoại.

***Đạo luật Bảo vệ bệnh nhân và Chăm sóc sức khỏe giá cả phải chăng đòi hỏi tất cả mọi người phải có bảo hiểm sức khỏe, hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 1, 2014. Nhân viên Metro chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách nộp đơn xin bảo hiểm sức khỏe qua thị trường bảo hiểm sức khỏe liên bang tại "[www.marketplace.gov](http://www.marketplace.gov)" và có thể giúp quý vị trong thủ tục ghi danh.***



**ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH**

VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN – XIN NHỚ CUNG CẤP ĐẦY ĐỦ MỌI THÔNG TIN YÊU CẦU

Tên của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Số An sinh xã hội của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Tên của vợ, hay chồng: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của vợ, hay chồng: \_\_\_\_\_

Số An sinh xã hội của vợ, hay chồng: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Số tài khoản của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Chung cư số \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu điện: \_\_\_\_\_

Người trong gia đình (Người phụ thuộc hợp pháp theo tình trạng thuế vụ)

Có gia đình \_\_\_\_\_ Độc thân \_\_\_\_\_ Ly dị \_\_\_\_\_ Góa \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_ Số An sinh xã hội \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

Nếu không có lợi tức, ai trợ giúp quý vị? \_\_\_\_\_

Quan hệ: \_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Những chi phí áp dụng:

Lệ phí bảo hiểm y tế: \$

Chi phí/hóa đơn y tế: \$



Đơn xin Trợ giúp tài chánh (tiếp theo)

Có người nào trong gia đình lãnh lương làm việc hay có lợi tức qua hành nghề tự do không? Nếu hành nghề tự do, xin đính kèm bản báo cáo lỗ lãi hoặc bản sao giấy khai thuế năm vừa qua. [ ] Có [ ] Không Nếu có, vui lòng điền phần sau	Tổng số lợi tức trước mọi khấu trừ
Người làm việc	\$
Người làm việc	\$

Những lợi tức khác quý vị có. Gồm cả tài sản của tất cả những người trong gia đình. Phải ghi đầy đủ mỗi mục.			
LOẠI LỢI TỨC	Đánh dấu Có/Không	SỐ TIỀN HÀNG THÁNG	LỢI TỨC CỦA AI
Trợ cấp An sinh xã hội (RSDI)	[ ] Có [ ] Không	\$	
Phụ cấp An sinh xã hội (SSI)	[ ] Có [ ] Không	\$	
Quyền lợi hưu bổng hay lương hưu trí	[ ] Có [ ] Không	\$	
Quyền lợi cựu chiến binh	[ ] Có [ ] Không	\$	
Quyền lợi thương tật	[ ] Có [ ] Không	\$	
Lợi tức nhà cho thuê	[ ] Có [ ] Không	\$	
Bồi thường lao động	[ ] Có [ ] Không	\$	
Cấp dưỡng con cái hoặc chu cấp cho vợ	[ ] Có [ ] Không	\$	
Trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp	[ ] Có [ ] Không	\$	
Trợ cấp quân nhân	[ ] Có [ ] Không	\$	
Tiền chia/lãnh được từ sòng bài	[ ] Có [ ] Không	\$	
Những khoản khác	[ ] Có [ ] Không	\$	

Tài sản quý vị có: Gồm cả tài sản của tất cả những người trong gia đình. Phải ghi đầy đủ mỗi mục. **Đính kèm tất cả giấy tờ chứng minh.**

LOẠI TÀI SẢN	Đánh dấu Có/Không	GIÁ TRỊ CỦA TÀI SẢN
Tiền mặt hiện có, trong két an toàn hoặc trong quỹ tín thác của bệnh nhân	[ ] Có [ ] Không	\$
Tài khoản tiết kiệm, tài khoản ngân phiếu hoặc tài khoản liên hiệp tín dụng	[ ] Có [ ] Không	\$
Nhà, sản nghiệp chung thân, hợp đồng cho thuê chung thân	[ ] Có [ ] Không	\$
Bất động sản (ngoài căn nhà của quý vị)	[ ] Có [ ] Không	\$
Nợ vay trả tiền nhà, hợp đồng đất hoặc những phần tiền khác trả cho người trong gia đình	[ ] Có [ ] Không	\$
Trái phiếu tiết kiệm hoặc quỹ thị trường tiền tệ	[ ] Có [ ] Không	\$
Cổ phiếu hoặc quỹ tương hỗ	[ ] Có [ ] Không	\$
**Tài khoản IRA, KEOGH, 401K, 403b hoặc tài khoản trả tiền triển hoãn	[ ] Có [ ] Không	\$
**Tiền phạt IRA/401K/403b đối với thông tin rút tiền sớm		
Ngày bắt đầu đóng góp/tham gia trong IRA, 401K, 403b, KEOGH, hoặc tài khoản trả tiền triển hoãn	Ngày:	
Bảo hiểm nhân thọ (cả đời)		\$
Niên kim	[ ] Có [ ] Không	\$
Xe hơi, xe vận tải, tàu thuyền, xe gắn máy, những loại xe khác (ghi riêng từng xe)	[ ] Có [ ] Không	\$ _____
Vui lòng ghi hãng sản xuất, kiểu, đời và số cây số của mỗi xe	[ ] Có [ ] Không	\$ _____
Chứng chỉ tiền gửi (C.D.) hoặc chứng chỉ tiết kiệm	[ ] Có [ ] Không	\$
Quỹ tín thác	[ ] Có [ ] Không	\$
Quý vị có trả chi phí y tế quá 7.5% tổng số lợi tức điều chỉnh của quý vị trong năm nay không?	[ ] Có [ ] Không	
Phản mộ	[ ] Có [ ] Không	



**XÁC NHẬN**

*Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này và các giấy tờ chứng minh yêu cầu là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin trợ giúp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương mà tôi có thể hội đủ điều kiện được hưởng để giúp trả vào chi phí chăm sóc y tế của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin do tôi cung cấp có thể được Bệnh viện Metro Health kiểm tra và xác minh, và tôi cho phép Bệnh viện Metro Health liên lạc với các bên thứ ba để xác minh sự chính xác của những thông tin mà tôi cung cấp. Tôi hiểu rằng, nếu tôi cố cung cấp thông tin không chính xác hoặc không đầy đủ trong đơn này, tôi có thể không còn đủ tiêu chuẩn để được trợ giúp tài chính, bất cứ sự trợ giúp tài chính nào mà tôi đã được cấp có thể bị đảo ngược và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn y tế của tôi.*

Chữ ký của người nộp đơn \_\_\_\_\_ Ngày yêu cầu \_\_\_\_\_

Quý vị có thể nộp đơn sau khi điền xong cùng với chứng tờ chứng minh bằng cách:

- Tận tay trao giấy tờ, tài liệu cho:
  - Nhân viên của Metro Health
  - Nhân viên cố vấn tài chính hoặc thu ngân viên tại tiền sảnh Bệnh viện Metro Health hoặc bất cứ Bàn ghi danh bệnh nhân nào
- Gửi giấy tờ, tài liệu về: Metro Health Hospital, Attn: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- Gửi giấy tờ, tài liệu qua email về [CustomerService@metrogr.org](mailto:CustomerService@metrogr.org).

**LỜI KHAI NHẬN HỖ TRỢ**

Nếu quý vị khai là lợi tức hàng tháng của quý vị là \$0, vui lòng yêu cầu người, hay những người, hiện đang giúp đỡ quý vị và/hoặc gia đình quý vị điền Giấy xác nhận sự hỗ trợ này. Nếu không phải là trường hợp này thì không cần điền phần này.

**Giấy xác nhận sự hỗ trợ**

(Dành cho người đang giúp đỡ cho người nộp đơn điền)

Viết tên họ bằng chữ in: \_\_\_\_\_ Điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Đường Thành phố Tiểu bang Mã bưu điện

Số An sinh xã hội: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Người nộp đơn đã xác định tôi là người hỗ trợ tài chánh cho họ. Dưới đây là danh sách các dịch vụ hoặc sự hỗ trợ mà tôi cung cấp cho người nộp đơn.

---

---

---

---

---

---

---

Tôi xác nhận dưới đây và chứng nhận rằng tất cả các thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết và tin tưởng của tôi. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi nơi đây sẽ không khiến cho tôi phải chịu trách nhiệm tài chánh cho các chi phí y tế của bệnh nhân.

Chữ ký: \_\_\_\_\_

\*\*\* Xin vui lòng đính kèm bằng chứng về nơi cư trú, như một bản sao của hóa đơn điện nước, trên đó có địa chỉ hiện tại của quý vị, đề ngày trong vòng 60 ngày kể từ ngày được cấp dịch vụ của bệnh viện.