

Đính kèm Đơn Xin Hỗ Trợ C: Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

555 N. Duke St.
P.O. Box 3555
Lancaster, PA 17604-3555

Date:

MRN:

Name
Address
Address

Guarantor:

Thân gửi ,

Đính kèm là một bản đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của tổ chức Penn Medicine Lancaster General Health. Việc quý vị hoàn thiện đơn đăng ký này sẽ giúp chúng tôi đánh giá liệu gia đình quý vị có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình hay không. Điều quan trọng là bạn phải gửi tất cả các tài liệu được yêu cầu.

Quý vị vẫn có thể nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi xét duyệt đơn đăng ký của quý vị.

Để đăng ký, vui lòng:

☐ **Trả lời mọi câu hỏi và gửi mọi tài liệu được yêu cầu.**

- Nếu quý vị không trả lời mọi câu hỏi và gửi kèm toàn bộ tài liệu, chúng tôi có thể từ chối đơn đăng ký của quý vị.

☐ **Tạo bản sao của mọi tài liệu trước khi gửi đơn đăng ký của quý vị. Chúng tôi sẽ không gửi trả quý vị bản gốc.**

- LG Health sẽ giữ bản sao toàn bộ thông tin mà chúng tôi sử dụng để xét duyệt đơn đăng ký của quý vị. Đây là quy trình theo luật liên bang và tiểu bang.

☐ **Gửi đơn đăng ký của bạn bằng một trong các phương thức bên dưới**

- **Trực tuyến bằng MyLGHealth**
- **Gửi đơn đăng ký và toàn bộ tài liệu qua thư tới:**
Lancaster General Health
Attn.: PFS Customer Service Dept. FA Program
PO Box 3555
Lancaster, PA 17604-3555

☐ **Gửi lại trong vòng 14 ngày**

Các luật liên bang và tiểu bang bắt buộc các nhà cung cấp dịch vụ yêu cầu thanh toán cho dịch vụ mà họ cung cấp. Các nhà cung cấp dịch vụ cũng có tùy chọn hỗ trợ tài chính dành cho những người đủ tiêu chuẩn.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi Cố vấn Tài chính theo số 717-544-1957. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập lghealth.org/financial-assistance.

Sincerely,

Đội ngũ Cố vấn Tài chính

MRN: _____ CSS: _____

Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính

Quý vị phải đảm bảo mọi thông tin dưới đây đều chính xác. Hãy chắc chắn là quý vị gửi mọi tài liệu. Nếu quý vị không ký đơn đăng ký và gửi lại **mọi tài liệu**, đơn đăng ký của quý vị sẽ bị từ chối.

Thông tin về Bệnh nhân

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ/Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính: _____

Quý vị là công dân Hoa Kỳ? Đúng / Sai **Quý vị không có giấy tờ?** Đúng / Sai **Quý vị mang thai?** Đúng / Sai

Tên Thành viên trong Hộ gia đình	Mối quan hệ	Ngày sinh	Tên và Số ID Bảo hiểm
1.			
2.			
3.			
4.			

Vui lòng gửi những tài liệu sau:☐ Tờ khai Thuế Liên bang, 1040☐ Phiếu lương 30 ngày☐ Tất cả sao kê ngân hàng trong 30 ngày (Tài khoản séc và tiết kiệm)☐ Thư cấp An sinh Xã hội hay 1090☐ Tuyên bố chứng minh (kèm thẻ căn cước có ảnh)☐ Thư cấp phúc lợi thất nghiệp☐ Cấp dưỡng nuôi con hoặc vợ/chồng☐ Hỗ trợ tiền mặt/thư cấp phúc lợi của Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)☐ Thư cấp phúc lợi Khuyết tật Dài/Ngắn hạn☐ Lương hưu/Phúc lợi hưu trí☐ Thư cấp phúc lợi Bồi thường cho Người lao động☐ Khoản vay có "Kỳ hạn Linh hoạt"

Liệt kê mọi nhân tố tài chính khác hoặc thông tin có thể hỗ trợ ra quyết định:

Xác nhận

Tôi xác nhận rằng thông tin trong báo cáo tài chính này là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin giả dối nào đều có thể khiến tôi bị kiện. Tôi hiểu rằng Lancaster General Health có quyền xác minh mọi thông tin liên quan đến tài chính và/hoặc tín dụng mà tôi chia sẻ trong biểu mẫu này.

Lancaster General Health sẽ giữ bản sao toàn bộ thông tin về bệnh nhân đã được sử dụng để đánh giá nhu cầu tài chính. Đây là quy trình theo luật liên bang và tiểu bang.

Tôi xác nhận rằng tôi hiểu là hiện nay có chương trình bảo hiểm bắt buộc của liên bang thông qua Đạo luật Chăm sóc sức khỏe Giá phải chăng. Tôi biết là tôi có thể quyết định không ghi danh tham gia và vẫn không có bảo hiểm. Tôi biết là quyết định này có thể ảnh hưởng đến mức hỗ trợ tài chính từ Lancaster General Health.

☐ **Tôi** ☐ **Tôi Không** (đánh dấu một ô) cho phép Lancaster General Health thông báo cho (các) bác sĩ điều trị của tôi nếu đơn xin Hỗ trợ Tài chính của tôi được chấp thuận (toàn bộ hoặc một phần). Tôi hiểu rằng tôi có thể được điều trị bởi những nhà cung cấp không được Lancaster General Health tuyển dụng và những người có thể chọn không tham gia vào Kế hoạch Hỗ trợ Tài chính của Lancaster General Health.

Chữ ký của Người đăng ký_____
Ngày