

## ĐƠN XIN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH BẢO ĐẢM Y TẾ (HCAP) / CHĂM SÓC TỪ THIỆN / HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tên Bệnh Nhân (Họ) _____ (Tên) _____ (Tên Đệm) _____	Số Tài Khoản _____
Địa Chỉ _____	Ngày Cung Cấp Dịch Vụ _____
Thành Phố Và Bang _____	Ngày Sinh Của Bệnh Nhân _____
Mã Bưu Chính _____ Số Điện Thoại _____	Số An Sinh Xã Hội Của Bệnh Nhân _____

Đã có bảo hiểm y tế cho các dịch vụ?  Có  Không

Bạn là một cư dân Ohio tại thời điểm được cung cấp dịch vụ?  Có  Không

Có người nào được hưởng Medicaid tại thời điểm bạn nhận dịch vụ bệnh viện không?  Có  Không  
Nếu có, hãy nhập số hóa đơn của người nhận: \_\_\_\_\_

Các dịch vụ này là kết quả một vụ tai nạn xe máy?  Có  Không

Vui lòng cung cấp các thông tin sau về tất cả những người trong gia đình bạn, bao gồm cả chính bạn. Nhằm mục đích của HCAP, "gia đình" được định nghĩa là bệnh nhân, vợ hoặc chồng của bệnh nhân (bất kể họ có sống cùng nhà bệnh nhân hay không), và tất cả con cái dưới 18 tuổi của bệnh nhân (con ruột hoặc con nuôi) sống cùng bệnh nhân.

Tên Các Thành Viên Trong Gia Đình	Tuổi	Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Liệt Kê Tên Người Sử Dụng Lao Động Hoặc Nguồn Thu Nhập	Ngày Thuê/Ngày Bắt Đầu cho toàn bộ thu nhập	Thu nhập trong 3 tháng	Thu nhập trong 12 tháng
(bệnh nhân)		bản				
Tổng:						

Đính kèm xác nhận thu nhập vào đơn này. Xác nhận thu nhập có thể bao gồm phiếu trả lương hoặc tài liệu khác có chứa thông tin thu nhập trong khoảng thời gian phù hợp (3 hoặc 12 tháng trước khi cung cấp dịch vụ hoặc bao gồm 3 hoặc 12 tháng thu nhập hiện tại):

\* Nếu bạn báo cáo thu nhập 0,00 USD, hãy giải thích về cách bạn đang được hỗ trợ. \*Nếu không còn làm việc, vui lòng cung cấp ngày làm việc cuối cùng.

Giá Trị Tài Sản

Nhà:  Sở hữu  Đi thuê Thanh toán hàng tháng: \$ \_\_\_\_\_

Số Dư Tài Khoản Thanh Toán: \$ \_\_\_\_\_ Số Dư Tài Khoản Tiết Kiệm: \$ \_\_\_\_\_

Tổng Đầu Tư: \$ \_\_\_\_\_ Mô Tả Đầu Tư: \_\_\_\_\_

Giá Trị Tài Sản Khác: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Mô Tả Tài Sản (Ô tô, Thuyền, v.v.) \_\_\_\_\_

Thu Nhập Khác: \$ \_\_\_\_\_ Mô Tả Thu Nhập Khác: \_\_\_\_\_

Tổng Chi Phí Hàng Tháng (Thanh toán tiền nhà, tiền xe, điện nước, ăn uống, v.v ...): \$ \_\_\_\_\_

Vui lòng gửi đơn hoàn thiện đến:

OhioHealth CBO Financial Assistance  
P.O. Box 7527  
Dublin, OH 43016  
hoặc gửi fax đến: 614-566-6080  
hoặc gửi email đến: customercenter@OhioHealth.com

Để được hỗ trợ thêm, bạn có thể gọi 614-566-1505 hoặc tới gặp chuyên gia tư vấn tài chính tại bệnh viện của OhioHealth.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác theo những gì tôi biết. Ngoài ra, tôi sẽ nộp đơn và có hành động hợp lý cần thiết để được hỗ trợ (Medicaid, Medicare, Bảo hiểm, v.v...) nhằm trả tiền viện phí của tôi. Hỗ trợ tài chính là nguồn được áp dụng cuối cùng. Các nghĩa vụ pháp lý hoặc chương trình trợ cấp khác sẽ phải chấm dứt trước khi được trao hỗ trợ.

**Tôi hiểu rằng đơn này (hay mẫu này) được thực hiện để bệnh viện có thể xem liệu tôi có đủ điều kiện hưởng HCAP hoặc hỗ trợ tài chính dựa trên các tiêu chí xác định hay không. Nếu các thông tin tôi đã đưa ra được chứng minh là không đúng, tôi hiểu rằng bệnh viện có quyền kiểm tra lại tình trạng tài chính của tôi và thực hiện bất cứ hành động nào thích hợp. Tôi cho phép OhioHealth được thu thập thông tin tài chính từ các nguồn khác như báo cáo từ đúng hoặc tìm kiếm thông tin về tài sản và/hoặc thông tin từ cơ quan thu hồi nợ nếu cần.**



Chữ Ký Của Người Làm Đơn: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Người Phỏng Vấn: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_