

Ngày tháng: \_\_\_\_\_

Tài khoản: \_\_\_\_\_

Kính gửi bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Enloe Health cam kết cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân không có bảo hiểm y tế và cho những bệnh nhân có bảo hiểm nhưng có mức chi phí y tế cao để chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế. Tuy nhiên, chúng tôi hiểu rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe không nên tạo ra gánh nặng quá mức cho những bệnh nhân và gia đình được bảo hiểm nhưng có chi phí y tế cao.

Quý vị đã cho biết đang gặp khó khăn về tài chính khi thanh toán cho các dịch vụ mà quý vị vừa nhận được tại Enloe Health. Hỗ trợ tài chính là có hạn và để xác định ai đủ điều kiện, chúng tôi có chính sách đánh giá thu nhập của quý vị dựa vào những hướng dẫn về thu nhập của liên bang. Nếu quý vị có bảo hiểm y tế, chúng tôi áp dụng thêm các tiêu chí để xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính toàn phần hay một phần do mức chi phí y tế cao hay không. Để hoàn tất quy trình đánh giá, quý vị cần gửi đơn đăng ký mà chúng tôi đính kèm và gửi lại cùng với các mục sau.

#### **TÀI LIỆU CẦN THIẾT:**

1. Hoàn thành **cả hai mặt** của Báo cáo tài chính bí mật (đính kèm)
2. Bao gồm bản sao thư/tuyên bố từ chối nào của chương trình Medi-Cal (nếu có)
3. Bao gồm bản sao sao kê ngân hàng gần nhất, séc và tiết kiệm của quý vị, đầy đủ các trang.
4. Nếu quý vị có tài khoản thị trường tiền tệ, cổ phiếu hoặc thu nhập từ bất động sản không phải từ nơi cư trú chính của quý vị, chúng tôi cần xem bản sao kê của từng tài khoản đó.  
**Xin lưu ý:** Khi tính toán thu nhập, chúng tôi không đưa vào các chương trình hưu trí đủ điều kiện.
5. Nếu đang làm việc được trả lương, vui lòng gửi kèm bản sao của hai cuống phiếu lương cuối cùng của mỗi thành viên trong gia đình.
6. Nếu làm công việc không liên tục, vui lòng đính kèm bản sao tờ khai thuế năm ngoái thay vì phiếu lương.
7. Nếu quý vị hiện đang thất nghiệp, vui lòng gửi kèm bằng chứng về bảo hiểm thất nghiệp, tình trạng khuyết tật hoặc số An sinh xã hội.
8. Nếu quý vị được bảo hiểm cho mức chi phí y tế cao, vui lòng cung cấp bằng chứng về trách nhiệm pháp lý của bệnh nhân đối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế không phải Enloe Health (nếu có).
9. Vui lòng gửi kèm lá thư giải thích tình hình tài chính của quý vị và lý do quý vị không thể thanh toán được cho hóa đơn của mình.  
Bức thư cá nhân của quý vị sẽ giúp chúng tôi hiểu được hoàn cảnh của quý vị và lý do cần sự hỗ trợ tài chính.

**Lưu ý:** Nếu quý vị không thể cung cấp mục thông tin nào mà chúng tôi yêu cầu, vui lòng giải thích lý do trong thư về vướng mắc đó. Nếu quý vị có câu hỏi về những mục nào được yêu cầu, vui lòng liên hệ với đại diện dịch vụ khách hàng của quý vị.

Quý vị phải gửi lại cho chúng tôi tất cả các tài liệu trong vòng hai tuần kể từ ngày gửi thư này, nếu không đơn đăng ký của quý vị có thể bị hết hạn.

Chúng tôi sẽ xử lý các đơn đăng ký hoàn chỉnh trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận và sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi.

Trân trọng,

Dịch vụ tài chính cho bệnh nhân  
financialcounselors@enloe.org  
530-332-6350



## Báo cáo tài chính bí mật và Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

(Các) Số Tài Khoản \_\_\_\_\_ Ngày Dịch Vụ \_\_\_\_\_

### Bên chịu trách nhiệm\*

Tên \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Điện thoại

SSN \_\_\_\_\_

Tên chủ doanh nghiệp \_\_\_\_\_

Địa chỉ công ty \_\_\_\_\_

Số điện thoại công ty \_\_\_\_\_

### Vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống

Tên \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_

Tên chủ doanh nghiệp

Địa chỉ công ty \_\_\_\_\_

Số điện thoại công ty \_\_\_\_\_

### Tình trạng hôn nhân (khoanh tròn một lựa chọn):

Góa phụ Chưa lập gia đình Có bạn đời

Đã lập gia đình

Độc thân

Ly hôn

### Thông tin gia đình:

Vui lòng liệt kê tất cả những người sống cùng quý vị, kể cả với trẻ từ 21 tuổi trở xuống, dù có sống cùng quý vị hay không.

Tên:

Tuổi:

Mối quan hệ với quý vị:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Vui lòng hoàn tất cả mặt còn lại.

### Thu nhập gia đình hàng tháng

Tổng thu nhập hàng tháng từ lương: \$ \_\_\_\_\_ Thu nhập từ cho thuê: \$ \_\_\_\_\_  
Hỗ trợ công cộng/Phiếu thực phẩm: \$ \_\_\_\_\_ Tài trợ: \$ \_\_\_\_\_  
Số an sinh xã hội: \$ \_\_\_\_\_ Bồi thường cho người lao động: \$ \_\_\_\_\_  
Trợ cấp thất nghiệp: \$ \_\_\_\_\_ Khác: \$ \_\_\_\_\_  
Hỗ trợ nuôi con / Tiền cấp dưỡng: \$ \_\_\_\_\_

**TỔNG THU NHẬP: \$ \_\_\_\_\_**

### Tài sản bằng tiền

Tiết kiệm hoặc Thị trường tiền tệ: \$ \_\_\_\_\_ Giá trị chứng khoán: \$ \_\_\_\_\_  
Cổ tức: \$ \_\_\_\_\_ Tiền lãi: \$ \_\_\_\_\_  
Bất động sản không phải là nơi ở chính: \$ \_\_\_\_\_ IRAs: \$ \_\_\_\_\_  
Khác: \$ \_\_\_\_\_

**TỔNG TÀI SẢN: \$ \_\_\_\_\_**

### CHI PHÍ

Thanh toán tiền nhà/tiền thuê nhà hàng tháng: \$ \_\_\_\_\_ Y tế/Nha khoa: \$ \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm y tế: Phí bảo hiểm: \$ \_\_\_\_\_ Đi lại: \$ \_\_\_\_\_  
Tiện ích/Điện thoại gia đình: \$ \_\_\_\_\_ Chăm sóc trẻ/Học phí: \$ \_\_\_\_\_  
Thực phẩm/Nhà ở/Nhu cầu cá nhân: \$ \_\_\_\_\_ Khác: \$ \_\_\_\_\_  
Hỗ trợ nuôi con/Tiền cấp dưỡng: \$ \_\_\_\_\_

**TỔNG CHI PHÍ: \$ \_\_\_\_\_**

*Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi ủy quyền cho Enloe Health xác minh bất kỳ và tất cả thông tin bao gồm báo cáo tín dụng, thu nhập và tài sản bằng tiền. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng về thông tin được yêu cầu. Ngoài ra, tôi chứng nhận tất cả những lời khai trong đơn đăng ký này là sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là không đầy đủ hoặc sai, mọi khoản giảm giá trên hóa đơn của tôi có thể bị hủy bỏ và tôi có thể phải thanh toán đầy đủ.*

*Nếu tôi nhận được khoản thanh toán từ công ty bảo hiểm, tiền bồi thường cho người lao động hoặc bất kỳ bên thứ ba nào, tôi đồng ý thông báo cho Enloe Health về việc nhận được khoản thanh toán đó. Tôi hiểu rằng bệnh viện có quyền thu lại các khoản phí ban đầu, được lập hóa đơn đầy đủ nếu bên thứ ba thanh toán toàn bộ hoặc một phần cho các dịch vụ của Enloe Health.*

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người giám hộ hợp pháp

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của vợ/chồng hoặc Bạn đời chung sống

\_\_\_\_\_  
Ngày tháng

*\*Tài liệu này phải do người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân điền thông tin nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên.*

*\*\*Có các tổ chức ủng hộ người tiêu dùng sẽ miễn phí giúp quý vị hiểu rõ quy trình lập hoá đơn và thanh toán.*

*Quý vị có thể gọi cho Health Consumer Alliance theo số 888-804-3536 hoặc truy cập [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org) để biết thêm thông tin.*