



Ngày: _____

Xin đọc kỹ trước khi hoàn tất quy trình nộp đơn. Sharp HealthCare cung cấp dịch vụ trợ giúp tài chính, dịch vụ chăm sóc giảm giá hoặc chăm sóc từ thiện cho các bệnh nhân hội đủ điều kiện (các bệnh nhân không có bảo hiểm và thu nhập thấp và các bệnh nhân có bảo hiểm và thu nhập thấp với chi phí y tế cao đáp ứng tiêu chuẩn cụ thể). Các phẩm chất sau đây phải được đáp ứng: các dịch vụ phải cần thiết về y tế, tổng mức thu nhập phải bằng hoặc dưới 200% Hướng Dẫn Mức Nghèo Do Liên Bang Quy Định đối với việc trợ giúp tài chính, hoặc từ 201% - 400% dành cho trợ giúp tài chính/dịch vụ chăm sóc giảm giá một phần. Tất cả nguồn quỹ tài trợ thích hợp phải được tuân thủ và một xác định được đưa ra dựa vào toàn bộ hợp tác. Các tùy chọn của quỹ tài trợ này bao gồm chương trình Dịch Vụ Y Tế Hạt (CMS), Medi-Cal, Chương Trình Bồi Thường Nạn Nhân California, v.v. Các đơn xin bị từ chối vì thiếu hợp tác sẽ không được xem xét để trợ giúp tài chính. Người nộp đơn xin phải hoàn tất và gửi lại Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính được đính kèm với tất cả giấy tờ chứng minh được liệt kê dưới đây trong vòng 10-ngày kể từ lúc nhận được. Trợ giúp tài chính cũng hiện có từ các bác sĩ phòng cấp cứu và các nhà cung cấp khác (hóa đơn riêng biệt). Xin liên hệ với văn phòng lập hóa đơn của các bác sĩ để biết thông tin về chương trình trợ giúp tài chính của họ theo số được liệt kê trên hóa đơn thanh toán của họ.

Các giấy tờ chứng minh bao gồm (Xin gửi các bản sao của chứng từ gốc, vì nó sẽ không được trả lại.):

- Xác minh ba tháng thu nhập (bắt buộc tất cả mẫu đơn):
 - ~ Tất cả bảng kê ngân hàng cho ba (3) tháng vừa qua
 - ~ Các cùi lương hoặc bằng chứng thu nhập khác cho ba (3) tháng vừa qua
 - ~ Bản khai thuế thu nhập nộp cho năm gần đây nhất (ví dụ: mẫu đơn 1040)
- Nếu có, hãy bao gồm bản sao thư từ chối từ chương trình trợ giúp tài chính của hạt hoặc tiểu bang, như CMS, hoặc Medi-Cal.
- Các bản sao của tất cả hóa đơn y tế tự chi trả hàng năm được thanh toán bởi bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân trong 12 tháng trước.

Sharp HealthCare hoặc các đại lý có thể yêu cầu thêm thông tin để hỗ trợ đơn xin và việc hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chính của quý vị. Tất cả thông tin có thể phải được xác minh, bao gồm, nhưng không giới hạn để liên hệ với sở làm, ngân hàng, xác minh tín dụng, và tìm kiếm tài sản trong và ngoài Hoa Kỳ.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị các kết quả bằng văn bản trong vòng 30 – 60 ngày kể từ khi nhận được. Trước khi đưa ra một xác định tài chính, cuộc thăm khám của quý vị sẽ vẫn giữ nguyên với Sharp HealthCare. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính, xin liên hệ với chúng tôi trực tuyến tại <http://www.sharp.com/billing>, hoặc gọi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu - từ 8:00 sáng – 5:15 chiều. (PST) theo số (858) 499-2400.

Số Người trong Hộ Gia Đình	Hướng Dẫn Mức Nghèo 2020 Của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (200%)	400% Hướng Dẫn Mức Nghèo Do Liên Bang Quy Định
1	\$25,520.00 Tổng thu nhập hàng năm hoặc \$2,127.00/tháng	\$51,040.00/năm hoặc \$4,253.00/tháng
2	\$34,480.00/năm hoặc \$2,818.00/tháng	\$68,960.00/năm hoặc \$5,747.00/tháng
3	\$43,440.00/năm hoặc \$3,555.00/tháng	\$86,880.00/năm hoặc \$7,240.00/tháng
4	\$52,400.00/năm hoặc \$4,292.00/tháng	\$104,800.00/năm hoặc \$8,733.00/tháng
5	\$61,360.00/năm hoặc \$5,028.00/tháng	\$122,720.00/năm hoặc \$10,227.00/tháng
Thêm Mỗi Người	\$8,960.00/năm	\$17,920.00/năm

Để biết thêm thông tin về Hướng Dẫn Mức Nghèo Do Liên Bang Quy Định, Medi-Cal, Covered California, hoặc thăm khám CMS: Hướng Dẫn Mức Nghèo Do Liên Bang Quy Định - <https://www.federalregister.gov>
Medi-Cal - <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>
Covered California - <https://www.coveredca.com>
CMS - www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services



ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH

GỬI LẠI ĐẾN:

Sharp HealthCare

8695 Spectrum Center Blvd.

San Diego, CA 92123

Đơn Vị Chi Trả Riêng/PFS-ICD

(Các) Số Thăm Khám

Tổng \$ _____

Mẫu đơn này cho phép sử dụng việc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ theo cách được mô tả dưới đây và tự nguyện. Sharp HealthCare không thể nắm giữ việc điều trị từ quý vị chỉ vì sự từ chối hoàn tất mẫu đơn này của quý vị. Hoàn tất mẫu đơn này không bảo đảm rằng quý vị sẽ hội đủ điều kiện được hoặc sẽ được trợ giúp tài chính.

Theo quy định của pháp luật liên bang, tôi cho phép các nhân viên hoặc đại lý của Sharp HealthCare sử dụng hoặc tiết lộ thông tin do tôi cung cấp trong hoặc cùng với mẫu đơn này để xác định xem tôi có hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chính hay không nhằm bao trả một số hoặc tất cả chi phí chăm sóc của tôi. Tôi hiểu rằng mẫu đơn này cần phải điền vào đầy đủ. Tôi hiểu thêm rằng tôi có thể giữ nguyên trách nhiệm về hóa đơn bệnh viện của tôi, dù tôi có được trợ giúp hay không, trừ khi tôi hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chính. Thông tin mà tôi cung cấp trong mẫu đơn này chỉ có thể được tiết lộ khi cần đối với:

- 1) Các công ty dược phẩm có thể cung cấp cho bệnh viện các loại thuốc điều trị miễn phí hoặc giá thấp được dựa vào tình trạng tài chính của tôi.
- 2) Các tổ chức từ thiện, kinh doanh hoặc chính phủ cụ thể khác có thể cung cấp các chương trình trợ giúp tài chính liên quan đến sức khỏe.

I. Thông Tin Bệnh Nhân (xin viết in)

Tên _____

An Sinh Xã Hội # _____

Địa Chỉ _____

Ngày Sinh _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng _____

Nhà # _____

Sở Làm _____

Nơi Làm Việc # _____

Nghề Nghiệp _____

Bệnh nhân đã có được trình bày khuyết tật vĩnh viễn không?

Có

Không

II. Thông Tin Vợ/Chồng (hoặc Cha/Mẹ nếu Bệnh Nhân dưới 18 tuổi)

Tên _____

An Sinh Xã Hội # _____

Địa Chỉ _____

Ngày Sinh _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng _____

Nhà # _____

Sở Làm _____

Nơi Làm Việc # _____

Nghề Nghiệp _____

III. Cha/Mẹ Khác (nếu Bệnh Nhân dưới 18 tuổi)

Tên _____

An Sinh Xã Hội # _____

Địa Chỉ _____

Ngày Sinh _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng _____

Nhà # _____

Sở Làm _____

Nơi Làm Việc # _____

Nghề Nghiệp _____

IV. Liệt kê tất cả Những Người Đang Sống trong Nhà Bệnh Nhân (hoặc Nhà [các] Phụ Huynh nếu Bệnh Nhân dưới 18 tuổi)

TÊN	QUAN HỆ	TUỔI

V. Thu Nhập Hàng Tháng

Lương Của Bệnh Nhân * _____
 Lương Của Vợ/Chồng * _____
 Lương Của Cha/Mẹ * _____
 (Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)
 An Sinh Xã Hội * _____
 Lương Hưu Không Trì Hoãn * _____
 Khuyết Tật * _____
 Thất Nghiệp * _____
 Cấp Dưỡng Vợ Sau Ly Hôn/Cấp Dưỡng Con
 ***** _____
 Lãi * _____
 Tiền Thuê _____
 Khác _____
TỔNG _____

VI. Chi Phí Sinh Hoạt Thiết Yếu

Thuê Mướn/Cầm Cốt (khoanh tròn) _____
 Chi Phí Bảo Dưỡng _____
 Cấp Dưỡng Vợ Sau Ly Hôn/Cấp Dưỡng Con
 ***** _____
 Thực Phẩm/Nhu Yếu Phẩm _____
 Điện Nước/Điện Thoại _____
 Quần Áo _____
 Y Tế/Nha Khoa _____
 Bảo Hiểm _____
 Xe/Phương Tiện Đi Lại _____
 Trường hoặc Giữ Trẻ _____
 Trả Góp/Xoay Vòng _____
 (Các) Khoản Thanh Toán Y Tế Hiện Tại: _____
 Nhiên Liệu & Sửa Chữa _____
 Giặt Ủi/Dọn Dẹp _____
 Khác _____
TỔNG _____

VII. Tài Sản

Tiền Mặt Có Sẵn _____
 Bất Động Sản ở Hoa Kỳ hoặc Nước Ngoài:
 Địa Chỉ _____ Giá Trị _____
 Giá Trị Tài Sản Sau Khi Cầm Cốt _____
 Địa Chỉ _____ Giá Trị _____
 Giá Trị Tài Sản Sau Khi Cầm Cốt _____
 Giá Trị Doanh Nghiệp _____
 Khác _____
TỔNG _____

VIII. Tài Sản Khác

Tài Khoản Chi Phiếu #/Cơ Quan ** _____
 Số Tiền Còn Lại _____
 Tài Khoản Chi Phiếu #/Cơ Quan ** _____
 Số Tiền Còn Lại _____
 Xe 1 (Năm/Hãng Sản Xuất/Kiểu/Giá Trị) _____
 Xe 2 (Năm/Hãng Sản Xuất/Kiểu/Giá Trị) _____
 RV/Tàu/Xe Mô-tô/Xe Mô-tô Lưu Động:
 (Năm/Hãng Sản Xuất/Kiểu/Giá Trị) _____
TỔNG _____

**Bao gồm các cùi lương hoặc bằng chứng thu nhập khác cho ba (3) tháng vừa qua.*

**Bao gồm các bảng kê ngân hàng cho ba (3) tháng vừa qua.*

****Bao gồm các bản sao của tất cả hóa đơn tự chi trả hàng năm được thanh toán bởi bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân.*

*****Cung cấp giấy tờ chứng minh như các phán quyết, thỏa thuận, quyền nắm giữ tài sản, v.v.*

- Tôi cam đoan theo hình phạt khai man rằng các câu trả lời tôi đã cung cấp là hoàn toàn đúng sự thật theo sự hiểu biết nhất của tôi.
- Tôi đồng ý nói cho nhà cung cấp biết trong vòng 10-ngày nếu có bất kỳ thay đổi nào về thu nhập, tài sản, chi phí, hộ gia đình hoặc địa chỉ.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu chứng minh các báo cáo của tôi và việc hội đủ điều kiện của tôi sẽ được xác minh, bao gồm, nhưng không giới hạn: liên hệ với sở làm, ngân hàng, xác minh tín dụng, và tìm kiếm tài sản trong và ngoài Hoa Kỳ.
- Tôi đồng ý thêm rằng trong khi xem xét để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì tai nạn hoặc thương tổn, tôi đồng ý bồi hoàn cho hạt, chính phủ tiểu bang, liên bang hoặc bệnh viện từ việc tiếp tục tranh chấp hoặc giải quyết dẫn đến hành động như thế.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không hội đủ điều kiện để được trợ giúp tài chánh, cá nhân tôi sẽ chịu trách nhiệm pháp lý về số tiền phải trả dịch vụ được hoàn lại bởi by Sharp HealthCare. Tôi có thể khiếu nại quyết định trong vòng 30-ngày kể từ khi nhận được các kết quả đơn xin cùng với chứng từ bổ sung bằng văn bản hoặc sắp xếp một cuộc hẹn trực tiếp với nhân viên quản lý doanh nghiệp, giám đốc tài chánh, hoặc nhân viên thích hợp khác. Để sắp xếp một cuộc hẹn, hãy gọi bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 sáng–5:15 chiều. (PST) theo số (858) 499-2400. Sau 30-ngày một đơn xin mới có thể được yêu cầu để tái xét khiếu nại của quý vị.
- Những người ký tên dưới đây cho phép Sharp HealthCare lấy một báo cáo tín dụng để giúp xác định việc hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chánh của bệnh nhân. Phải hiểu rằng thông tin này có thể được chia sẻ với các bên thứ ba như được mô tả trong mẫu đơn này.
- Tôi hiểu rằng ngay khi thông tin của tôi để lại Sharp HealthCare, Sharp thì không còn có thể kiểm soát hoặc bảo vệ thông tin của tôi một cách trực tiếp, và tôi miễn trừ cho Sharp HealthCare không bị bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào có thể phát sinh từ việc tiết lộ thông tin của tôi cho các loại công ty hoặc tổ chức được liệt kê trên đây.
- Tôi hiểu rằng việc cho phép này có thể được hủy bỏ bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào, theo các hướng dẫn trong Thông Báo Về Quyền Riêng Tư Của Sharp HealthCare, ngoại trừ trong phạm vi hành động đó đã được thực hiện dựa vào sự cho phép này.

Sự cho phép này sẽ kết thúc đối với Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh, 90 ngày kể từ ngày nhận.

Ý Kiến _____

Chữ Ký Của Bệnh Nhân _____ **Ngày** _____

Chữ Ký Của Vợ/Chồng _____ **Ngày** _____

Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ **Ngày** _____