

Thân gửi bệnh nhân,

Đính kèm bên dưới là Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Beth Israel Deaconess Hospital Milton. Vui lòng điền vào các chỗ trống và gửi lại tất cả các giấy tờ cần thiết. Những đơn đăng ký không hoàn chỉnh có thể không được nhận hỗ trợ tài chính.

Hạn chót gửi đơn đăng ký là 240 ngày kể từ khi nhận được hóa đơn thanh toán đầu tiên cho dịch vụ mà bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ tài chính.

Beth Israel Deacones Hospital Milton và các đơn vị trực thuộc luôn nỗ lực cung cấp các hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân cần chăm sóc sức khỏe và không có bảo hiểm, không đủ bảo hiểm, không đủ điều kiện để nhận các chương trình hỗ trợ của chính phủ hoặc là không đủ khả năng chi trả cho các nhu cầu chăm sóc y tế dựa trên hoàn cảnh tài chính cá nhân của họ.

Nếu quý vị có thắc mắc gì, vui lòng liên hệ với Văn phòng Tư vấn Tài chính qua số điện thoại bên dưới.

Xin chân thành cảm ơn.

Gửi Đơn đăng ký đến:

Văn phòng Tư vấn Tài chính
Beth Israel Deacones Hospital Milton
199 Reedsdale Road
Milton, MA 02186
617-313-1388

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Chăm sóc Từ thiện

Vui lòng in ra

Ngày: _____ Số an sinh xã hội (SS) # _____

Số hồ sơ sức khỏe: _____

Tên bệnh nhân: _____

Địa chỉ: _____

Đường

Số nhà

Thành phố

Bang

Mã bưu chính

Ngày dịch vụ bệnh viện: _____ Ngày sinh của bệnh nhân _____

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid** tại thời điểm sử dụng dịch vụ bệnh viện? Có Không
Nếu "Có", đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm (cả hai mặt) và hoàn thành các thông tin sau:

Tên công ty bảo hiểm: _____ Số hiệu giấy bảo hiểm: _____

Ngày có hiệu lực: _____ Số điện thoại bảo hiểm: _____

**Trước khi đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải đăng ký Medicaid trước 6 tháng và xuất trình chứng cứ bị từ chối.

Lưu ý: Hỗ trợ tài chính có thể không được áp dụng nếu Tài khoản tiết kiệm y tế (HSA), Tài khoản bồi hoàn y tế (HRA), Tài khoản chi tiêu linh hoạt (FSA) hoặc các quỹ tương tự được chỉ định cho các chi phí y tế gia đình đã được lập. Hỗ trợ có thể được cung cấp khi các quỹ đã lập hết hạn chi trả.

Để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, điền đầy đủ các thông tin sau:

Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình, gồm bệnh nhân, bố mẹ, con cái và/hoặc anh chị em ruột, con đẻ, con nuôi dưới 18 tuổi đang sinh sống tại gia đình.

Tên thành viên	Tuổi	Quan hệ với bệnh nhân	Nguồn thu nhập hoặc Tên người sử dụng lao động	Tổng thu nhập hằng tháng
1.				
2.				
3.				
4.				

Ngoài Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, chúng tôi cũng cần quý vị đính kèm theo Đơn một số giấy tờ sau:

- Tờ kê khai thuế thu nhập cá nhân hiện tại của bang hoặc liên bang
- Mẫu W2 hiện tại và/hoặc Mẫu 1099
- Bốn bảng lương gần đây nhất
- Bốn bản sao kê tài khoản tiết kiệm và/hoặc tài khoản séc gần đây nhất

- Tài khoản tiết kiệm y tế
- Tài khoản bồi hoàn y tế
- Tài khoản chi tiêu linh hoạt

Nếu không có những giấy tờ này, vui lòng gọi đến Văn phòng Tư vấn Tài chính qua số điện thoại (617) 313-1388 để thảo luận các giấy tờ khác mà họ có thể yêu cầu cung cấp.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc kỹ Chính sách Hỗ trợ Tài chính và Đơn đăng ký và mọi điều tôi phát biểu hoặc bất kỳ giấy tờ nào tôi đính kèm là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng hành vi cố ý gửi các thông tin sai sự thật để được hỗ trợ tài chính là hành vi vi phạm pháp luật.

Chữ ký của Người đăng ký: _____

Quan hệ với Bệnh nhân: _____

Ngày hoàn thành: _____

Nếu thu nhập của quý vị được bổ sung bằng bất kỳ cách nào hoặc quý vị báo cáo mức thu nhập 0.00 USD trong đăng ký này, hãy nhờ (những) người đang giúp đỡ quý vị và gia đình quý vị điền vào Tuyên bố Hỗ trợ dưới đây.

Tuyên bố Hỗ trợ

Tôi đã được bệnh nhân/bên chịu trách nhiệm xác nhận là người cung cấp hỗ trợ tài chính. Dưới đây là danh sách các dịch vụ và hỗ trợ mà tôi cung cấp.

Tôi cam đoan và xác nhận những thông tin trên là chính xác và đúng sự thật theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi sẽ không khiến tôi phải chịu trách nhiệm tài chính cho những chi phí y tế của bệnh nhân.

Chữ ký: _____ Ngày hoàn thành: _____

Vui lòng chờ 30 ngày kể từ ngày nhận đơn đăng ký hoàn chỉnh để xác định tính đủ điều kiện.

Nếu đủ điều kiện, hỗ trợ tài chính sẽ được cấp cho bệnh nhân trong vòng sáu tháng kể từ ngày chấp thuận và có hiệu lực ở tất cả các cơ sở trực thuộc Beth Israel Lahey Health như được nêu trong Phụ lục 5 của Chính sách Hỗ trợ Tài chính tương ứng của họ:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Dành cho nhân viên.	
Đơn được nhận bởi:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>