

MercyOne Genesis Đơn xin hỗ trợ tài chính

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn MercyOne Genesis cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Để giúp chúng tôi xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, vui lòng điền đầy đủ thông tin vào đơn và gửi lại kèm theo bản sao các giấy tờ được liệt kê trong đơn.

- **QUAN TRỌNG: QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM PHÍ:** Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp MercyOne Genesis xác định liệu quý vị có thể nhận các dịch vụ miễn phí hoặc giảm phí, hoặc các chương trình công cộng khác có thể hỗ trợ chi trả chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Vui lòng nộp đơn đăng ký cho bệnh viện.

- **NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, KHÔNG BẮT BUỘC PHẢI CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC**

GIẢM PHÍ. Tuy nhiên, số An sinh Xã hội là bắt buộc đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Việc cung cấp số An sinh Xã hội là không bắt buộc, nhưng sẽ giúp bệnh viện xác định liệu quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình công cộng nào hay không.

- Vui lòng hoàn thành và nộp đơn đăng ký trực tiếp, qua đường bưu điện, email hoặc fax cho bệnh viện để đăng ký nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm phí trong vòng hai trăm bốn mươi **(240)** ngày kể từ ngày xuất viện hoặc nhận dịch vụ ngoại trú.

- Bệnh nhân xác nhận rằng mình đã nỗ lực thiện chí để cung cấp đầy đủ mọi thông tin được yêu cầu trong đơn nhằm hỗ trợ bệnh viện xác định liệu bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không.

- **Tài sản:** MercyOne Genesis không xem xét tài sản khi xác định điều kiện được hưởng hỗ trợ tài chính của bệnh viện. Quý vị không bắt buộc phải kê khai tài sản trong quá trình nộp đơn này.

- **Lưu ý: Thông báo về đủ điều kiện tạm thời**

Bệnh nhân có thể được xác định đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính mà không cần điền đơn đăng ký này bằng cách sử dụng các phương pháp xác định đủ điều kiện tạm thời được cho phép theo luật của tiểu bang Illinois.

[Chi phí hằng tháng: Liệt kê các khoản chi tiêu hằng tháng của hộ gia đình]					
☐ Tiền thuê nhà hoặc tiền thế chấp	☐ Chi phí tiện ích				
☐ Thực phẩm	☐ Tiền cấp dưỡng nuôi con/cho vợ hoặc chồng				
☐ Đi lại	☐ Trả góp ô tô				
☐ Chăm sóc con/người phụ thuộc	☐ Khác				
Tổng chi phí hằng tháng: _____					
[Xác minh thu nhập tất cả thành viên hộ gia đình]					
[Nguồn thu nhập hằng tháng]	[Ai là người nhận?]	[Thu nhập gộp hằng tháng (trước thuế)]	[Nguồn thu nhập hằng tháng]	[Ai là người nhận?]	[Thu nhập gộp hằng tháng (trước thuế)]
[Bảo hiểm xã hội/Trợ cấp khuyết tật]			[Bảo hiểm tai nạn lao động]		
[Lương hưu]			[Trợ cấp thất nghiệp]		
[Tự kinh doanh]			[Tiền cấp dưỡng nuôi con/cho vợ hoặc chồng]		
[Trợ cấp công cộng]			[Thu nhập từ cho thuê đất]		
[Khác]					
[Thư hỗ trợ tài chính - Chỉ người hỗ trợ tài chính mới được điền vào]					
☐ [Tôi hỗ trợ hơn 50% chi phí sinh hoạt cho bệnh nhân, nhưng không thể hỗ trợ chi phí y tế.]					
☐ [Bằng việc ký tên vào thư này, tôi xác nhận rằng tuyên bố trên là chính xác và tôi sẽ không chịu trách nhiệm dưới bất kỳ hình thức nào đối với các hóa đơn của bệnh nhân. Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với tôi theo số điện thoại _____ (Số điện thoại)]					
[Tên người hỗ trợ]			[Mối quan hệ với bệnh nhân]		
[Chữ ký của người hỗ trợ]			[Ngày]		

[XÁC MINH THU NHẬP VÀ DANH TÍNH]

[Tôi xin xác nhận rằng thông tin được liệt kê trong đơn này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin mọi khoản hỗ trợ của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện nhận để hỗ trợ thanh toán hóa đơn viện phí này. Tôi hiểu rằng những thông tin được cung cấp có thể được bệnh viện xác minh và tôi cho phép bệnh viện liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của các thông tin được cung cấp trong đơn này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai sự thật trong đơn này, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, mọi khoản hỗ trợ tài chính đã được cấp cho tôi có thể bị hủy bỏ và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn viện phí. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp cần được xác minh. Tôi sẽ chịu trách nhiệm hoàn trả chi phí cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp tại các đơn vị liên kết của Trinity Health nếu thông tin trên được cung cấp gian dối]

[Chữ ký của bệnh nhân]: _____

[Ngày]: _____

[Hoặc chữ ký của người giám hộ hợp pháp (nếu có)]: _____

[Ngày]: _____

[Mối quan hệ với bệnh nhân]: _____

[Ngày]: _____

[Vui lòng gửi đơn đăng ký của quý vị đến địa chỉ trên, fax theo số 312-871-3350 và hoặc tải lên tài liệu qua MyChart (Cổng thông tin bệnh nhân) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Trung tâm dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số 855-320-0111, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều, theo giờ ET.]

MercyOne Genesis Silvis/MercyOne Genesis Aledo Mọi mối lo ngại hoặc khiếu nại liên quan đến quy trình nộp đơn xin hỗ trợ tài chính hoặc giảm phí cho người không có bảo hiểm có thể được báo cáo cho Healthcare Bureau (Cục Chăm sóc Y tế) thuộc Illinois Attorney General (Văn phòng Tổng chưởng lý Illinois) theo số điện thoại 1-877-305-5145 hoặc tại <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>