

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**Trang bìa đơn xin hỗ trợ tài chính
Mass General Brigham**

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization (Tổ chức Bác sĩ Đa khoa Massachusetts)
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group (Nhóm Bác sĩ North Shore)
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group (Nhóm Y tế Newton-Wellesley)
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group (Nhóm Y tế Nantucket Cottage)
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group (Nhóm Y tế Cooley-Dickinson)
Spaulding Rehabilitation (Phục hồi Chức năng Spaulding)	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates (Hiệp hội Y tế Wentworth)

Kính gửi người nộp đơn:

Quý vị có thể nhận hỗ trợ tài chính từ Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham và từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác

Cách nộp đơn

Để xác định quý vị hoặc hộ gia đình của quý vị có đủ điều kiện hay không, quý vị phải hoàn thành đơn và cung cấp bằng chứng thu nhập, cùng bản sao các giấy tờ sau:

Giấy tờ bắt buộc nộp kèm đơn	Bao gồm
1. Bản sao đầy đủ Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang gần nhất (Mẫu 1040) và tất cả các phụ lục kèm theo, bao gồm (các) mẫu W-2 của năm trước HOẶC nếu quý vị không khai thuế, vui lòng xem tuyên bố xác nhận dưới đây ☐ Tuyên bố xác nhận Bằng việc đánh dấu vào ô này, tôi xác nhận rằng tôi chưa nộp thuế thu nhập liên bang hoặc tiểu bang cho năm thuế gần nhất. Tôi hiểu rằng tuyên bố này được đưa ra một cách trung thực và tự nguyện. Chữ ký _____ Ngày ký: _____	

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

2. Bản sao ba (3) phiếu lương liên tiếp gần nhất, bắt kể chu kỳ trả lương, hoặc thư xác nhận của người sử dụng lao động trên giấy có tiêu đề chính thức của công ty	
3. Nếu tự kinh doanh, phải nộp báo cáo lãi lỗ trong 12 tháng (tính đến tháng hiện tại); tờ khai thuế năm trước sẽ không được xem xét	
4. Nếu không có thu nhập, vui lòng xem mẫu Tuyên bố Không có Thu nhập và Hỗ trợ bên dưới, bắt buộc phải có để chúng tôi xử lý hồ sơ. Vui lòng yêu cầu mẫu	
5. Bản sao ba (3) sao kê ngân hàng gần nhất (ví dụ: tài khoản tiết kiệm, tài khoản thanh toán, thị trường tiền tệ, IRA, 401K). PHẢI nộp tất cả các tài khoản và TẤT CẢ CÁC TRANG (bao gồm cả trang trống) <i>a. Nếu không có tài khoản ngân hàng, quý vị sẽ phải ký Mẫu Tuyên bố Không có Tài khoản Ngân hàng, bắt buộc phải có để chúng tôi xử lý hồ sơ. Vui lòng yêu cầu mẫu</i>	
6. Bản sao trợ cấp thất nghiệp hoặc trợ cấp khuyết tật (ghi rõ ngày bắt đầu)	
7. Bản sao trợ cấp hưu trí	
8. Bản sao thu nhập An sinh Xã hội (bảng kê trợ cấp hàng năm, bản sao séc hoặc chuyển khoản trực tiếp)	
9. Bản sao Thông báo Trợ cấp của Chính phủ, bao gồm thông báo chi trả của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh & bản sao thư xác định, phân bổ mức trợ cấp tem phiếu thực phẩm. PHẢI NỘP TẤT CẢ CÁC TRANG	
10. Bản sao hồ sơ bồi thường tai nạn lao động (ghi rõ ngày bị thương). Quý vị phải khai báo đầy đủ mọi hình thức bảo hiểm khác, khiếu nại trách nhiệm bên thứ ba, bảo hiểm xe cơ giới hoặc bảo hiểm tai nạn lao động để được xem xét.	
11. Bản sao thỏa thuận cấp dưỡng nuôi con, bằng chứng thanh toán kèm tần suất thanh toán hoặc thư xác nhận số tiền cấp dưỡng đã trả và/hoặc nhận	
12. Nếu đã kết hôn nhưng ly thân, phải nộp bản sao quyết định ly thân hợp pháp của tòa án b. Nếu không thực hiện thủ tục ly thân qua tòa án, quý vị phải nộp bản tuyên thệ ly thân có công chứng và/hoặc hợp đồng thuê nhà	
13. Quý vị có bảo hiểm nha khoa tư nhân không? Nếu có, quý vị không đủ điều kiện tham gia WHP Community Dental Center. Quý vị nên đăng ký khám tại phòng khám nha khoa tư nhân. *Chấp nhận NH Medicaid, DentaQuest và MaineCare. Tất cả bệnh nhân phải thanh toán phí khám 35 USD tại thời điểm sử dụng dịch vụ. - Phí bổ sung sẽ áp dụng cho răng giả, hàm giả và các dịch vụ xét nghiệm khác. *Cư dân Massachusetts không đủ điều kiện sử dụng dịch vụ nha khoa	
14. Yêu cầu đủ điều kiện bổ sung, áp dụng riêng cho việc đủ điều kiện sử dụng dịch vụ tại WHP Community Dental Center: Phải cư trú tại khu vực phục vụ chính gồm: Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth và South Berwick HOẶC đang khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa của WHP.	

****CHÚNG TÔI CÓ THỂ SAO CHỤP CHO QUÝ VỊ MỌI GIẤY TỜ CẦN THIẾT ****

Giấy tờ sẽ KHÔNG được trả lại; giấy tờ sẽ được quét và tiêu hủy an toàn.

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Vui lòng sử dụng danh sách kiểm tra này để bảo đảm chúng tôi có đủ thông tin cần thiết nhằm xử lý hồ sơ nhanh chóng và chính xác. Chúng tôi có thể yêu cầu thêm thông tin vì vậy vui lòng xác nhận thông tin liên hệ của quý vị là chính xác.

Lưu ý: phần lớn các thủ thuật tự chọn sẽ không được xem xét hỗ trợ, bao gồm:

- Phẫu thuật Thẩm mỹ
- Thụ tinh Trong Ống nghiệm (IVF)
- Liệu pháp Sinh sản Nâng cao (ART)
- Dịch vụ Nối tắt Dạ dày không có quyết định của bên chi trả về sự cần thiết về mặt y tế
- Các tài khoản được liên kết với một nghiên cứu
- Các tiện ích theo yêu cầu của bệnh nhân, bao gồm phòng cao cấp hoặc lưu trú qua đêm theo yêu cầu riêng của bệnh nhân và thường không được chương trình bảo hiểm chi trả
- Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế khác được lập hóa đơn theo biểu phí tự thanh toán được xác định trước
- Tất cả chương trình nội trú trọn gói tại McLean Hospital không nộp yêu cầu thanh toán cho công ty bảo hiểm y tế

Nếu không nộp đơn xin các chương trình trợ cấp chính phủ mà quý vị có thể đủ điều kiện, hồ sơ có thể bị trì hoãn hoặc bị từ chối. Nếu quý vị cần hỗ trợ nộp đơn cho chương trình trợ cấp chính phủ, một Cố vấn Tài chính của Mass General Brigham có thể hỗ trợ

Thông tin quý vị cung cấp được bảo mật.

Quý vị vẫn chi trả cho các dịch vụ đã nhận cho đến khi chúng tôi xác định quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không. Để tránh việc chuyển hồ sơ sang bộ phận thu hồi nợ, quý vị có thể thiết lập kế hoạch thanh toán với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số 617-726-3884.

Để đảm bảo đơn của quý vị được xét duyệt nhanh chóng, vui lòng hoàn thành tất cả các mục trừ khi có chỉ định khác. Quá trình xử lý đơn đăng ký sẽ bị trì hoãn nếu quý vị thiếu thông tin hoặc tài liệu cần thiết.

Nếu sau 30 ngày kể từ khi nộp đơn mà quý vị chưa nhận được phản hồi từ chúng tôi, hoặc quý vị cần hỗ trợ giải thích, vui lòng liên hệ Văn phòng Hỗ trợ Tài chính và một đại diện của chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị.

[Để xem chính sách Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham, vui lòng nhấp vào liên kết: Hỗ trợ Tài chính | Mass General Brigham](#)

Có thể gửi đơn qua thư, email hoặc fax:

**bệnh nhân Mass General Brigham;
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, Ma 02145-1462
Điện thoại 617-726-3884, Fax 857-282-5642
Địa chỉ email: PHSFinancialApplication@mgb.org**

**Bệnh nhân Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners;
Gửi thư tới: 789 Central Avenue, Dover, NH 03820**

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Trực tiếp: 121 Broadway, Dover, NH 03820
Điện thoại 603-740-3234, Fax 603-740-3366
Địa chỉ email; Charity.Care@WDHospital.org

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**1. Thông tin bệnh nhân:**

Họ	Tên	Chữ cái tên đệm	Số An sinh Xã hội	Ngày sinh
Địa chỉ phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Thời gian cư trú
Địa chỉ gửi thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Thời gian cư trú
Số điện thoại	Địa chỉ email	Chọn mục phù hợp:	☐ Độc thân ☐ Ly thân ☐ Công dân Mỹ	☐ Kết hôn ☐ Ly hôn ☐ Cư dân NH ☐ Liên minh dân sự ☐ Góa

2. Người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn

Họ	Tên	Chữ cái tên đệm	Mối quan hệ với bệnh nhân	Số An sinh Xã hội
Địa chỉ nếu khác với địa chỉ của bệnh nhân			Số điện thoại	Địa chỉ email
Tên công ty bảo hiểm (được ghi trên tờ khai thuế của năm trước)				Ngày hiệu lực

3. **Vui lòng liệt kê TẤT CẢ những người đang sinh sống trong hộ gia đình, bao gồm cả người nộp đơn: Sử dụng thêm giấy nếu cần.

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	TÊN BÁC SĨ
1.	BẢN THÂN			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. Có phải dành cho dịch vụ nha khoa không? ☐ Có ☐ Không**5. Vui lòng điền nếu có ai trong hộ gia đình có bảo hiểm:**

Bảo hiểm y tế (Chương trình/Tên) _____, Tài khoản tiết kiệm y tế (đánh dấu) - ☐ Có ☐ Không Ai: _____
Số hợp đồng/số ID _____ Mức khấu trừ:

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Medicare Phần A _____, Medicare Phần B _____ Nhận hỗ trợ thanh toán _____
Medicare Phần B _____ Ai: _____

6. Có ai trong hộ gia đình đã nộp đơn xin Medicaid không? ☐ Có ☐ Không Ai? _____
Ai: _____ Nếu có và bị từ chối, vui lòng cung cấp bản sao thông báo từ chối Medicaid.

7. Quý vị đã từng nộp đơn xin hỗ trợ tài chính tại cơ sở khác chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu có, tại đâu _____

8. Có ai trong hộ gia đình đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không

9. Có ai trong hộ gia đình đã từng phục vụ trong quân đội không? ☐ Có ☐ Không Ai? _____

10. Gần đây quý vị có nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường tai nạn lao động hoặc tai nạn xe cơ giới không? ☐ Có ☐ Không Ngày: _____

11. Có ai trong hộ gia đình đủ điều kiện hưởng trợ cấp An sinh Xã hội không? ☐ Có ☐ Không Ai? _____

12. Có ai khác khai quý vị là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập của họ không? ☐ Có ☐ Không Ai? _____

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

13. THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH	NGƯỜI 1 (Bệnh nhân)	NGƯỜI 2 (Vợ/Chồng hoặc Người phụ thuộc)	NGƯỜI 3 (Người phụ thuộc)
TÊN của từng thành viên trong hộ gia đình:			
Tên người sử dụng lao động:			
Thu nhập hàng tháng từ:			
Việc làm:	\$	\$	\$
Tự kinh doanh	\$	\$	\$
Tài khoản đầu tư:	\$	\$	\$
Thu nhập cho thuê bất động sản:	\$	\$	\$
Thất nghiệp từ _____ (Ngày)	\$	\$	\$
Hưu trí: (An sinh Xã hội, Lương hưu, Niên kim)	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng/Trợ cấp nuôi con:	\$	\$	\$
Trợ cấp công, Tem phiếu thực phẩm:	\$	\$	\$
Thu nhập khác:	\$	\$	\$
Tiền tiết kiệm và các khoản đầu tư:			
Số dư tài khoản thanh toán:	\$	\$	\$
Tài khoản tiết kiệm & số dư tài khoản chứng chỉ tiền gửi:	\$	\$	\$
IRAs, 403B, 401 K:			
Ghi rõ: _____	\$	\$	\$
Các khoản tiết kiệm và đầu tư khác:			
Ghi rõ: _____	\$	\$	\$
Khác:			
Ô tô: Năm, Hãng, Mẫu xe?			
Phương tiện giải trí: Năm, Hãng, Mẫu xe?			

14. CHI PHÍ HỘ GIA ĐÌNH			
Tiền thuê nhà hàng tháng: \$ _____	hoặc tiền trả thế chấp hàng tháng: \$ _____	Số dư khoản vay thế chấp: \$ _____	
Số tiền thuế bất động sản chưa được bao gồm trong khoản thanh toán nêu trên: \$ _____	Giá trị căn nhà: \$ _____		
Quý vị có sở hữu bất động sản nào khác ngoài nơi cư trú chính không? ☐ Có ☐ Không	Nếu có, giá trị là bao nhiêu? \$ _____	Số dư thế chấp: \$ _____	
Nếu bất động sản khác là cơ sở kinh doanh, vui lòng ghi địa chỉ: _____			
Khoản thanh toán vay hàng tháng: \$ _____	Thanh toán cho: _____	Mục đích: _____	
Medicare Phần D được khấu trừ từ tiền trợ cấp An sinh Xã hội: ☐ Có ☐ Không	Số tiền: \$ _____		
Tiền ích \$ _____	Bảo hiểm (Ô tô/Nhân thọ/ Bất động sản) \$ _____	Khác: _____ \$ _____	
Tiền cấp dưỡng/ Trợ cấp nuôi con \$ _____	Bảo hiểm y tế \$ _____	Khác: _____ \$ _____	
Chăm sóc trẻ em \$ _____	Hóa đơn y tế \$ _____	Khác: _____ \$ _____	
Sinh hoạt (xăng, thực phẩm, quần áo) \$ _____	Thuốc men \$ _____	Khác: _____ \$ _____	

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

15. CHUYỂN GIAO QUYỀN - *Vui lòng đọc kỹ*

Trong trường hợp tôi không khai báo đầy đủ hoặc khai báo không chính xác bất kỳ khoản thu nhập hoặc tài sản nào, mọi thỏa thuận giảm phí chăm sóc từ thiện sẽ vô hiệu và có hiệu lực hồi tố kể từ ngày phát sinh hóa đơn.

Tất cả các thành viên trưởng thành trong hộ gia đình ký tên dưới đây cho phép tiết lộ thông tin y tế, tài chính hoặc việc làm liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc sức khỏe hoặc điều kiện hỗ trợ tài chính của họ. Thông tin này có thể được cung cấp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà các thành viên trong hộ gia đình đã tìm đến để nhận dịch vụ hoặc hỗ trợ tài chính. Tất cả thông tin đã cung cấp sẽ được bảo mật theo quy định liên bang HIPAA. Các thủ thuật tự chọn có thể không được xem xét hỗ trợ.

Tôi đồng ý hoàn trả toàn bộ khoản hỗ trợ tài chính đã được cấp nếu tôi nhận được khoản thanh toán nào cho các dịch vụ y tế được đề cập trong đơn này, ví dụ như thanh toán từ bảo hiểm, chương trình của chính phủ, tiền bồi thường từ vụ kiện hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác.

Nếu tôi nhận được hỗ trợ tài chính, tôi đồng ý thông báo cho tổ chức nơi tôi nộp đơn ban đầu về thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến điều kiện, bao gồm thay đổi về số người trong gia đình, thu nhập và phạm vi bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng nếu tình trạng y tế của tôi/chúng tôi thay đổi khiến tôi/chúng tôi có thể đủ điều kiện tham gia một chương trình trợ cấp công, tôi/chúng tôi sẽ phải nộp đơn cho chương trình đó và cung cấp bằng chứng đã nộp đơn.

Chữ ký người nộp đơn

Ngày

Chữ ký người đồng nộp đơn

Ngày

Chữ ký người phụ thuộc

Ngày