



Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

UnityPoint Health® biết rằng bệnh nhân của chúng tôi đôi khi không đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ được cung cấp. Nếu quý vị cần hỗ trợ để chi trả các dịch vụ y tế, quý vị có thể đủ điều kiện nhận được hỗ trợ tài chính.

Iowa / Illinois

Để xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, vui lòng thực hiện đúng theo các hướng dẫn trong tài liệu này.



UnityPoint Health

Làm thế nào để Đủ Điều kiện Nhận Hỗ trợ Tài chính

Quan trọng: QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ. Việc quý vị hoàn thành đơn này sẽ giúp UnityPoint Health xác định xem quý vị có được nhận các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hoặc các chương trình dành cho cộng đồng khác để chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế hay không.

Hãy đảm bảo quý vị cung cấp đầy đủ thông tin về mọi thành viên sống trong nhà mình và hoàn thành cả ba mục ở bên phải mẫu đơn. Nếu quý vị không gửi lại mẫu đơn với đầy đủ thông tin thì đơn xin hỗ trợ của quý vị sẽ không được xem xét. Mọi thông tin cung cấp sẽ được bảo mật.

Nếu quý vị đã nhận được hỗ trợ từ một chương trình của tiểu bang (như Phiếu Lương thực (Food Stamp) hay WIC), quý vị chỉ cần điền vào trang một của mẫu đơn này và gửi cùng với bằng chứng chứng minh quý vị đang nhận trợ cấp từ một trong những chương trình này, ví dụ như thông báo quyết định. Ngoài ra xin nhớ ký vào trang cuối của mẫu đơn. Quý vị có thể đủ điều kiện để tự động nhận được hỗ trợ từ chương trình của chúng tôi.

Khi nộp đơn này, bệnh nhân thừa nhận rằng họ đã nỗ lực hết sức để cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn xin nhằm hỗ trợ bệnh viện xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không.

Cung cấp Thông tin Số An sinh Xã hội của Quý vị

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, QUÝ VỊ KHÔNG CẦN KHAI SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ. Tuy nhiên, quý vị bắt buộc phải có Số An sinh Xã hội cho một số chương trình cộng đồng, kể cả Medicaid. Cung cấp Số An sinh Xã hội là không bắt buộc nhưng điều đó có thể giúp bệnh viện xác định xem quý vị có đủ điều kiện cho bất kỳ chương trình cộng đồng nào hay không.

Thời điểm Nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Vui lòng điền mẫu đơn này và nộp trực tiếp cho bệnh viện, qua bưu điện, email hoặc fax để nộp đơn xin nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 90 ngày sau ngày xuất viện hoặc nhận được dịch vụ chăm sóc ngoại trú. LƯU Ý: Bệnh viện chỉ có thể gia hạn thêm chứ không thể rút ngắn thời gian cần để hoàn thành và nộp mẫu đơn này là trong vòng 90 ngày sau ngày xuất viện hoặc nhận được dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Cách nộp đơn

Vui lòng nộp đơn này theo một trong các cách sau đây:

- Nếu gửi qua bưu điện, xin gửi tới địa chỉ sau:
UnityPoint Health – Central Billing Office ATTN: FA Team,
P.O. Box 35758, Des Moines, IA 50315-4205
- Nếu gửi qua email, xin gửi tới: FA_CBO_Request@unitypoint.org.
- Nếu gửi qua fax, xin gửi tới: (515) 381-7166. Viết "FA Application" trên trang bìa khi fax.

Trợ giúp Hoàn thành Đơn xin

Chúng tôi sẽ trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về mẫu đơn này.

- Nếu quý vị đang nằm viện, hãy hỏi người ở bộ phận Đăng ký Bệnh nhân để giúp quý vị.
- Nếu quý vị đang ở nhà hoặc ở phòng khám, hãy gọi tới số (844) 849-1260.

Thông báo Bổ sung Quan trọng

Các thành viên trong nhóm của chúng tôi sẽ cố gắng đánh giá xem quý vị có đủ điều kiện để nhận được trợ cấp từ các chương trình hỗ trợ của liên bang hoặc tiểu bang trước khi xử lý đơn xin Hỗ trợ Tài chính từ UnityPoint Health.

Hỗ trợ tài chính chỉ dành cho các dịch vụ cần thiết về mặt y tế được cung cấp bởi các tổ chức và các bác sĩ của UnityPoint Health, như được nêu trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi. Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về chính sách này, xin truy cập vào unitypoint.org/FAP. Nếu quý vị có thêm câu hỏi nào về hóa đơn thanh toán của mình, vui lòng gọi tới số điện thoại được nêu trên hóa đơn để nói chuyện với bệnh viện, phòng khám hay đơn vị chăm sóc tại nhà đã cung cấp các dịch vụ đó.

Hoàn thành cả 3 mục sau

1. Gửi thông tin đầy đủ và nhớ ký tên trên biểu mẫu:

Điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm. Vui lòng nhớ ký tên vào cuối trang cuối cùng. (LƯU Ý: Có một tuyên bố đồng ý cho Iowa và một tuyên bố riêng cho Illinois.) Quý vị chỉ cần điền vào một mẫu cho tất cả thành viên trong gia đình.

2. Bảng chứng về Thu nhập của tất cả thành viên trong gia đình:

Hãy gửi bản sao của tất cả giấy tờ theo yêu cầu được liệt kê dưới đây.

- Tờ khai thuế của năm ngoài
- Nếu quý vị đang đi làm: hãy nộp cuống phiếu lương với thu nhập từ đầu năm đến thời điểm hiện tại HOẶC 3 cuống phiếu lương gần đây nhất
- Nếu quý vị đang tự kinh doanh: hãy nộp bản cân đối kế toán và báo cáo thu nhập
- Nếu quý vị thất nghiệp: hãy nộp yêu cầu trợ cấp thất nghiệp VÀ cuống phiếu lương cuối cùng của công việc gần đây nhất
- Nếu quý vị được trả bằng tiền mặt: yêu cầu xác minh thu nhập bằng văn bản từ chủ lao động
- Thư xác nhận tiền lương hưu hàng tháng
- Thư xác nhận tiền trợ cấp tàn tật
- Thư xác nhận tiền trợ cấp an sinh xã hội
- Bảng chứng về thu nhập từ việc cho thuê
- Bảng chứng thu nhập từ trợ cấp nuôi con
- Bảng chứng thu nhập từ tiền cấp dưỡng
- Nếu quý vị KHÔNG CÓ thu nhập, hãy nộp thư xác nhận bằng văn bản từ người hỗ trợ quý vị

3. Bảng chứng về Tài sản của mọi thành viên trong gia đình:

Hãy gửi bản sao của tất cả giấy tờ theo yêu cầu được liệt kê dưới đây.

- Sao kê ngân hàng trong 3 tháng gần đây nhất
- Báo cáo đầu tư (401K, IRA, tương mục đầu tư, tương mục tiết kiệm y tế)

LƯU Ý: Báo cáo đầu tư chỉ cần thiết nếu quý vị đã nhận được sự chăm sóc từ một cơ sở UnityPoint Health ở Iowa.

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Quá trình xử lý đơn xin hỗ trợ của quý vị có thể bị chậm trễ nếu không cung cấp đầy đủ thông tin.

- Bằng chứng về TOÀN BỘ thu nhập trong gia đình cho những người trên 21 tuổi
- Sao kê ngân hàng 3 tháng, trương mục séc/tiết kiệm, gồm TẤT CẢ các trang
- Bản khai thuế 1040 năm ngoái kèm TẤT CẢ lịch đóng thuế

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên	_____	_____	_____	Chủng tộc (không bắt buộc):			
	(Họ)	(Tên)	(Tên đệm)	<input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska	<input type="checkbox"/> Người Châu Á		
Địa chỉ	_____			<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi			
	(Đường phố)			<input type="checkbox"/> Thổ dân Hawaii hoặc cư dân trên đảo Thái Bình Dương khác	<input type="checkbox"/> Da trắng		
	_____	_____	_____	Dân tộc (không bắt buộc): _____			
	(Thành phố)	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)	Giới tính (không bắt buộc): <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Khác _____			
Điện thoại	_____			Ngôn ngữ ưa thích (không bắt buộc): _____			
Ngày sinh	_____	Tuổi	_____	Số An sinh Xã hội _____ Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K			

NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHI TRẢ

Thông tin Việc làm Cá nhân:

Tên	_____	_____	_____	Hãng sở	_____		
	(Họ)	(Tên)	(Tên đệm)	Địa chỉ	_____		
Địa chỉ	_____				(Đường phố)		
	(Đường phố)			_____	(Thành phố)		
	(Thành phố)	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)	_____	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)	
Điện thoại	_____			Điện thoại	_____		
Ngày sinh	_____	Tuổi	_____	Chức vụ	_____		
Số An sinh Xã hội	_____	Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Tình trạng Công việc:	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần	_____

VỢ (CHỒNG) CỦA NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHI TRẢ

Thông tin Việc làm Cá nhân:

Tên	_____	_____	_____	Hãng sở	_____		
	(Họ)	(Tên)	(Tên đệm)	Địa chỉ	_____		
Địa chỉ	_____				(Đường phố)		
	(Đường phố)			_____	(Thành phố)		
	(Thành phố)	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)	_____	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)	
Điện thoại	_____			Điện thoại	_____		
Ngày sinh	_____	Tuổi	_____	Chức vụ	_____		
Số An sinh Xã hội	_____	Tình trạng hôn nhân	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	Tình trạng Công việc:	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần	_____

NHỮNG THÔNG TIN KHÁC

Liệt kê Tất cả những Người khác Sống trong Hộ Gia đình:

Tên	Mối quan hệ	Số An sinh Xã hội	Ngày sinh
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hãng sở Thứ hai của Bên Chịu trách nhiệm và/hoặc Vợ (Chồng):

Hãng sở	_____		
Địa chỉ	_____		
	(Đường phố)		
	_____	_____	_____
	(Thành phố)	(Tiểu bang)	(Mã số Zip)
Điện thoại	_____		
Chức vụ	_____		
Tình trạng Công việc:	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> FT	Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần	_____



Phải điền tất cả các cột.



UnityPoint Health

THU NHẬP

Nguồn Thu nhập (phải cung cấp tài liệu chứng minh)	Số tiền Nhận được	Tần suất Nhận được	Tên Người Nhận
Thu nhập từ Việc làm			
Thu nhập từ Việc làm			
An sinh Xã hội			
Trợ cấp Nuôi con/Cấp dưỡng			
Lương hưu/Tiền lương/Trợ cấp Thất nghiệp			
Lãi suất/Cổ tức			
Khác (Giải thích)			

TÀI SẢN

Mục	Số dư Trương mục	Mô tả	*Cung cấp sao kê 3 tháng
Trương mục Séc*			
Trương mục Tiết kiệm*			

Chỉ hoàn thành danh sách bổ sung này nếu quý vị nhận được chăm sóc từ một cơ sở của UnityPoint Health tại Iowa

Mục	Giá trị Hiện tại	Mô tả
401(K)/IRA/Trương mục Tiết kiệm Y tế		
Nhà ở Chính (giá trị được đánh giá)		
Cổ phiếu/Trái phiếu/CD và các tài sản thuộc sở hữu khác		

CÁC CHI PHÍ

Mục	Tổng Số tiền Nợ	Khoản Thanh toán Hàng tháng	Mô tả
Vay Thế chấp Mua nhà			
Tiền thuê nhà (Thanh toán Hàng tháng)			
Tiện ích (Điện, Nước, v.v.)			
Hàng tạp hóa và Chăm sóc trẻ em			
Khoản Thanh toán Y tế			
Cấp dưỡng/Trợ cấp Nuôi con			
Thuốc mua Theo toa			
Các Khoản vay Ngân hàng (Vay Cá nhân, Các Khoản vay cho Sinh viên, v.v.)			
Bảo hiểm (Xe hơi, Sức khỏe, v.v.)			
Nợ Thẻ tín dụng			
Khác (Giải thích)			
Tổng Chi phí (Dòng 1-11)			

Chấp thuận Cho phép Tiết lộ Thông tin/Tuyên bố Xác nhận

Chấp thuận/Xác nhận cho Iowa:

Tôi xác nhận tất cả thông tin này là đúng sự thật và chính xác theo những điều tôi biết. Tôi hiểu rằng việc cung cấp bất kỳ tuyên bố, báo cáo, giấy tờ sai hoặc nhầm lẫn hoặc che giấu một dữ liệu thực tế nào có thể dẫn đến việc hủy bỏ ngay lập tức bất kỳ thỏa thuận nào đã được cam kết trước đó. Tôi theo đây đồng ý cho phép UnityPoint Health, các công ty con và đại diện của họ điều tra những thông tin trong tài liệu này. Tài liệu chứng minh phải được cung cấp.

Tôi cũng đồng ý thông báo cho UnityPoint Health bất kỳ thay đổi về tình hình tài chính của tôi có thể ảnh hưởng đến quyết định hỗ trợ này.

Chấp thuận/Xác nhận cho Illinois:

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng sự thật và chính xác theo những điều tôi biết. Tôi sẽ nộp đơn xin bất kỳ hỗ trợ nào từ tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện được nhận để chi trả hóa đơn bệnh viện. Tôi hiểu rằng bệnh viện có thể xác minh những thông tin mà tôi cung cấp, và tôi ủy quyền cho bệnh viện được liên hệ với các bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin cung cấp trong đơn xin này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin không đúng trong đơn xin, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, mọi hỗ trợ đã được cấp có thể bị thu hồi, và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn bệnh viện.

Khiếu nại hoặc quan ngại về quy trình đăng ký giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện có thể được báo cáo cho Văn phòng Chăm sóc Sức khỏe của Tổng chưởng lý Illinois.

1-800-243-0618 <https://illinoisattorneygeneral.gov/>

Chữ ký của Người viết đơn

Ngày

Chữ ký của Vợ (Chồng)

Ngày

Quý vị có thể nộp đơn xin hỗ trợ và toàn bộ giấy tờ chứng minh* qua:

Địa chỉ nhận thư:

UnityPoint Health – Central Billing Office

Attn: FA Team

P.O. Box 35758

Des Moines, IA 50315-4205

*Không gửi giấy tờ bản gốc. Chỉ gửi bản sao. Giấy tờ sẽ bị hủy sau khi được chụp lại.

Email: FA_CBO_Request@unitypoint.org

Fax: (515) 381-7166

Hãy viết: "FA Application" trên trang bìa khi fax.