

## Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính

Tufts Medical Center tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mọi bệnh nhân. Tufts MC cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho các bệnh nhân không đủ khả năng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế. Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC không có dự định thanh toán cho dịch vụ chăm sóc không cần thiết về mặt y tế. Chính sách cũng không có dự định cung cấp các khoản giảm giá đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hay khấu trừ bảo hiểm.

Các bệnh nhân có khả năng thanh toán được yêu cầu thanh toán cho các dịch vụ mà họ nhận được ở Tufts MC. Tuy nhiên, điều kiện để nhận hỗ trợ tài chính sẵn có cho quý vị. Bệnh nhân rất được khuyến khích làm hồ sơ xin hỗ trợ từ bất kỳ chương trình hỗ trợ sẵn có nào của chính phủ, như MassHealth, ConnectorCare hay Health Safety Net, trước khi xin hỗ trợ từ Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts MC. **Nếu quý vị không làm đơn xin hỗ trợ từ một chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có khả năng đủ điều kiện nhận thì điều đó có thể dẫn đến việc đơn xin hỗ trợ của quý vị bị trì hoãn hoặc từ chối.** Nếu quý vị cần được giúp đỡ để làm đơn xin hỗ trợ từ các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong những Điều phối viên Tài chính của Tufts MC có thể giúp quý vị.

Tình trạng đủ điều kiện của quý vị để nhận hỗ trợ từ các chương trình hỗ trợ tài chính tùy thuộc vào việc quý vị hoàn thành đầy đủ và chính xác Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính này..

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ Phòng Điều phối Tài chính của Tufts MC tại: [tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)

617-636-6013

hoặc đến trực tiếp tại các địa điểm sau của Tufts Medical Center:

• Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111

• Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111

• Emergency Dept., 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111

Vui lòng gửi đơn xin đã hoàn thành của quý vị tới:

Tufts Medical Center  
Financial Coordination  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

### ■ HƯỚNG DẪN

Vui lòng hoàn thành đầy đủ Đơn xin Hỗ trợ Tài chính và gửi kèm bản sao các tài liệu sau đối với tất cả những người làm đơn xin. Nếu quý vị không gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết trong vòng 30 ngày thì đơn xin của quý vị sẽ bị từ chối. Vui lòng gửi bản sao của bất kỳ tài liệu nào mà quý vị nộp vì chúng tôi sẽ không thể gửi lại các tài liệu này.

Hoàn thành tất cả các phần của đơn xin và nhớ **ký vào tuyên bố có tuyên thệ ở trang 4**

Gửi kèm bản sao **bằng lái xe, các giấy căn cước hoặc tài liệu có ảnh khác có thể xác minh nơi sinh sống hiện tại của quý vị.** Bất kỳ giấy tờ nào được nộp phải có tên của quý vị.

Gửi kèm bản sao **(các) thẻ bảo hiểm của quý vị**

Gửi kèm giấy tờ nào đó có thể **xác minh thu nhập của quý vị:**

Gửi kèm bản sao (các) mẫu **W-2** gần đây nhất của quý vị

Nếu **gần đây có sự thay đổi về thu nhập của quý vị**, hãy gửi kèm tài liệu như các phiếu lương gần đây (tối thiểu là 4), các bảng kê trợ cấp thất nghiệp, các bảng kê ngân hàng/đầu tư và/hoặc các bảng kê trợ cấp an sinh xã hội

Nếu bệnh nhân đã **qua đời**, vui lòng cung cấp bản sao giấy chứng tử và một lá thư cho biết tình trạng hiện tại của tài sản để lại

## 1 THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN/NGƯỜI LÀM ĐƠN

Vui lòng hoàn thành phần này về bệnh nhân và/hoặc người làm đơn.

**TÀI LIỆU YẾU CẦU:** Vui lòng gửi kèm tài liệu có thể xác minh nơi sinh sống của quý vị: bằng lái xe, các giấy căn cước hoặc tài liệu có ảnh khác có thể chứng minh nơi sinh sống hiện tại của quý vị. Bất kỳ giấy tờ nào được nộp phải có tên của bệnh nhân.

Ngày hôm nay \_\_\_\_\_

Tên Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Bệnh nhân / /

Số An sinh xã hội của Bệnh nhân / /

Hồ sơ Y tế Bệnh nhân Số \_\_\_\_\_

Tên Người làm đơn \_\_\_\_\_

Số điện thoại của Người làm đơn \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Người làm đơn \_\_\_\_\_

**Người làm đơn là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.**

**Định dạng Ngày sinh: Tháng/Ngày/Năm**

### THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH CỦA QUÝ VỊ

Liệt kê tất cả các thành viên hộ gia đình, ngày sinh của họ và mối quan hệ của họ với người làm đơn.

Thành viên Hộ gia đình 1 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên Hộ gia đình 2 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên Hộ gia đình 3 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên Hộ gia đình 4 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên Hộ gia đình 5 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Có  Không Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ không?

Có  Không Nếu KHÔNG, quý vị có phải là thường trú nhân sống hợp pháp ở Hoa Kỳ không\*?

\*nếu bệnh nhân là thường trú nhân, hãy nộp bản sao giấy tờ chính thức.

## 2 THÔNG TIN BẢO HIỂM

Vui lòng hoàn thành phần này về thông tin bảo hiểm của bệnh nhân.

**TÀI LIỆU YÊU CẦU:** Nếu áp dụng, hãy gửi kèm bản sao (các) thẻ bảo hiểm của bệnh nhân, thông báo từ Medicaid, thông báo về các dịch vụ không thuộc phạm vi thanh toán, giấy tờ về các giới hạn của mạng lưới. Bất kỳ giấy tờ nào được nộp đều phải có tên của bệnh nhân.

- Có  Không Quý vị có nộp đơn xin Medicaid trong vòng 6 tháng qua không?
- Có  Không Quý vị có đơn xin Medicaid đang chờ xử lý hay đã được chấp thuận không?
- Có  Không Đơn xin Medicaid của quý vị có từng bị từ chối không?
- Có  Không Quý vị có bảo hiểm y tế không?
- Có  Không Chương trình bảo hiểm của quý vị có thanh toán cho các dịch vụ ở Tufts Medical Center không?
- Có  Không có một dịch vụ cụ thể nào đó không được công ty bảo hiểm của quý vị thanh toán không?

Nếu có, hãy mô tả

---



---



---

### THÔNG TIN BẢO HIỂM CHÍNH

Tên Bảo hiểm 

---

Địa chỉ Bảo hiểm 

---

Mã số Hợp đồng/ID 

---

Số Nhóm 

---

Người mua 

---

Ngày sinh của Người mua 

---

Quan hệ với Người mua 

---

Chủ lao động của Người mua 

---

Ngày có Hiệu lực 

---

### THÔNG TIN BẢO HIỂM THỨ CẤP

Tên Bảo hiểm 

---

Địa chỉ Bảo hiểm 

---

Mã số Hợp đồng/ID 

---

Số Nhóm 

---

Người mua 

---

Ngày sinh của Người mua 

---

Quan hệ với Người mua 

---

Chủ lao động của Người mua 

---

Ngày có Hiệu lực 

---

### 3 TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG VÀ TÀI SẢN

Vui lòng hoàn thành phần này về thu nhập và tài sản cho bệnh nhân và từng thành viên hộ gia đình được ghi ở Phần 1 hiện đang làm việc. Vui lòng ghi tổng thu nhập, tức là thu nhập trước khi trả thuế và các khoản khấu trừ.

TÀI LIỆU YÊU CẦU: Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh thu nhập này: các phiếu lương, bảng khai thuế thu nhập, bảng kê W2, bảng kê tài khoản ngân hàng, bảng kê tài khoản môi giới đầu tư hay bằng chứng khác.

**Phần 3 có thể để trống nếu bệnh nhân và các thành viên hộ gia đình không có thu nhập hay tài sản nào.**

#### THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH

	BỆNH NHÂN	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 1	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 2	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 3	THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH 4	(CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ SỬ DỤNG)
Tiền công/Lương/Tiền thưởng						
Tiền Trợ cấp Thất nghiệp						
An sinh Xã hội						
Cấp dưỡng Nuôi con + Cấp dưỡng cho vợ cũ						
Thu nhập Tự kinh doanh						
Thu nhập từ tiền lãi/Cổ tức						
Tiền lương hưu						
IRA/Cổ phiếu/Trái phiếu						
Thu nhập từ cho thuê nhà						
Tiền thanh toán ủy thác						
Bồi thường cho Người lao động						
Phúc lợi Cựu chiến binh						

#### TUYÊN BỐ THIẾU THU NHẬP

Nếu quý vị **không có thu nhập** và đang được người khác hỗ trợ tài chính, hãy yêu cầu họ hoàn thành và ký vào tuyên bố dưới đây.

Tên Bệnh nhân \_\_\_\_\_

hiện tại không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ các nhu cầu về thực phẩm, nơi cư trú và quần áo. Tôi cũng giúp đỡ họ về mặt tài chính với số tiền là

\$ \_\_\_\_\_ bình quân mỗi tháng.

Chữ ký của Người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Ngày      /      /     

#### TÀI SẢN CỦA HỘ GIA ĐÌNH—CÁC TÀI KHOẢN CHI PHIẾU VÀ TIẾT KIỆM

LOẠI TÀI KHOẢN	NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÍN DỤNG	SỐ DƯ

Loại tài khoản: chi phiếu hay tiết kiệm.

**TÀI SẢN CỦA HỘ GIA ĐÌNH CÓ THỂ TÍNH KHÁC**

LOẠI TÀI KHOẢN	NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÍN DỤNG	SỐ DƯ
Cổ phiếu/Trái phiếu		
Chứng chỉ Tiền gửi		
Trái phiếu Tiết kiệm Hoa Kỳ		
Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)		
Chứng chỉ Tiết kiệm		
Tài khoản Christmas Club (Câu lạc bộ Giáng sinh) hay Vacation Club (Câu lạc bộ Nghỉ mát)		
Tài khoản khác		

**4 KHÓ KHĂN VỀ Y TẾ**

Phần này có thể không áp dụng với quý vị. Hãy hoàn thành phần này nếu quý vị có số lượng hóa đơn y tế đáng kể. Ghi các chi phí y tế từ Tufts Medical Center và các nhà cung cấp khác. Có thể sẽ yêu cầu bổ sung tài liệu nhưng hiện không bắt buộc.

CÁC CHI PHÍ Y TẾ	TỔNG SỐ TIỀN	CHI PHÍ XUẤT HIỆN VỚI TẦN SUẤT RA SAO?	(CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ SỬ DỤNG)
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	

**TUYÊN THỆ — TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI LÀM ĐƠN ĐỀU PHẢI KÝ TÊN**

Tôi xin thề (hay khẳng định) rằng tất cả thông tin ghi trên mẫu đơn này là sự thật, chính xác và đầy đủ với khả năng, hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cho Tufts Medical Center, trong vòng một tuần, tất cả những thay đổi về thu nhập, nguồn tài chính hay các thông tin khác được ghi trên mẫu này mà có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ tài chính tại Tufts Medical Center. Tôi hiểu rằng thông tin về tín dụng hay các thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh tuyên bố và điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ từ chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chuẩn xác và cần thiết để được cân nhắc giảm giá.

Các tuyên bố sai sự thật của bệnh nhân nhằm nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được gửi cho văn phòng Massachusetts Attorney General (Bộ trưởng Tư pháp Massachusetts). Các bệnh nhân làm giả đơn xin hỗ trợ từ Chương trình sẽ mất tư cách nhận hỗ trợ từ Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm với tất cả những khoản phải trả phát sinh trong thời gian ghi danh tham gia Chương trình tính ngược cho tới ngày đầu tiên phát sinh các khoản phải trả trong Chương trình.

**Để đơn xin được xem xét thì tất cả những người làm đơn đều phải ký vào tuyên thệ này.**

Chữ ký của Người làm đơn \_\_\_\_\_

Ngày                          /    /