

## ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của MercyOne Genesis cung cấp

**Vui lòng điền thông tin, ký vào mẫu đơn đăng ký và gửi lại trong vòng 10 ngày, bao gồm cả bản sao những giấy tờ sau đây:**

Giấy tờ xác minh bắt buộc

- Bảng chứng về tổng thu nhập một tháng qua
- Bản sao kê ngân hàng hoàn chỉnh cho hai tháng qua đối với tất cả các tài khoản ngân hàng, bao gồm tất cả các trang (giải thích cho các khoản tiền gửi định kỳ)
- Tờ khai thuế gần đây (mẫu 1040 với Biểu C, E hoặc F) hoặc Báo cáo lãi lỗ ba tháng (đối với người tự kinh doanh/người phụ thuộc)

Cung cấp những giấy tờ sau đây, nếu có

- Mẫu W2 gần đây đối với thu nhập thời vụ
- Thư từ chối/Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền cấp dưỡng/Thu nhập hỗ trợ nuôi con
- Không có thu nhập – Hoàn thành phần Thư hỗ trợ tài chính trong đơn đăng ký

### Thông tin Bệnh nhân

Tên bệnh nhân		Ngày sinh	
Số An sinh Xã hội/EIN (không bắt buộc)	Điện thoại di động	Điện thoại khác	
Địa chỉ nhận thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ email	Quý vị là cư dân của tiểu bang nào?		
Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Khác _____			
Quý vị có nộp Tờ khai thuế Liên bang không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, tại sao?		Quý vị có thể được xác nhận là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị có bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm)			
Quý vị có phải là cư dân có giấy tờ của Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời			
Các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị, dựa trên Tờ khai thuế gần đây của quý vị	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Được xác nhận trên Tờ khai thuế (Có/Không)

## ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của MercyOne Genesis cung cấp


### Xác minh thu nhập cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình

Nguồn thu nhập hàng tháng	Ai nhận được khoản này?	Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế)	Nguồn thu nhập hàng tháng	Ai nhận được khoản này?	Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế)
Tiền lương			Bồi thường cho người lao động		
An sinh xã hội/Khuyết			Thất nghiệp		
Lương hưu			Hỗ trợ nuôi con/Tiền cấp		
Tự kinh doanh			Thu nhập từ đất cho thuê		
Hỗ trợ công cộng			Khác		

### Thư hỗ trợ tài chính - Chỉ nên hoàn thành bởi người hỗ trợ

- Tôi hỗ trợ hơn 50% chi phí sinh hoạt của bệnh nhân, nhưng tôi không thể hỗ trợ các hóa đơn y tế.
- Bằng việc ký vào thư này, tôi xác minh rằng tuyên bố trên là chính xác và tôi sẽ không chịu trách nhiệm đối với hóa đơn của bệnh nhân. Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ với tôi theo số \_\_\_\_\_ (Số điện thoại)

<b>Tên người hỗ trợ</b>	<b>Mối quan hệ với bệnh nhân</b>
<b>Chữ ký của người hỗ trợ</b>	<b>Ngày</b>

### XÁC MINH THU NHẬP VÀ DANH TÍNH

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp phải được xác minh. Tôi sẽ chịu trách nhiệm hoàn trả khoản thanh toán cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp tại các đơn vị liên kết của MercyOne Genesis nếu thông tin trên được cung cấp sai trái.

Chữ ký của Bệnh nhân : \_\_\_\_\_ Ngày : \_\_\_\_\_

Hoặc chữ ký của Người giám hộ hợp pháp (nếu có) : \_\_\_\_\_ Ngày : \_\_\_\_\_

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT**

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của MercyOne Genesis cung cấp

Mối quan hệ với Bệnh nhân : \_\_\_\_\_ Ngày : \_\_\_\_\_

**Vui lòng gửi đơn đăng ký của quý vị đến địa chỉ bên dưới hoặc fax đến 563-421-3608. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số 563-421-2233.**

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center  
Patient Financial Services, Suite 2600  
1401 West Central Park Avenue  
Davenport, IA 52803

Nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn đã được nhận ở tiểu bang Illinois, các mối quan tâm hoặc khiếu nại về quy trình đăng ký hỗ trợ tài chính hoặc giảm giá không có bảo hiểm có thể được báo cáo cho Cục Chăm sóc Sức khỏe của Tổng chưởng lý Illinois 1-877-305-5145 <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>