

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Cảm ơn quý vị đã chọn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của MercyOne. Để ghi nhận chính sách của MercyOne là cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng cho tất cả mọi người bất kể tình trạng tài chính của họ, chương trình Hỗ trợ Tài chính của MercyOne hỗ trợ tài chính một cách công bằng và không phân biệt đối xử cho những người có nhu cầu. Để giúp chúng tôi xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, vui lòng điền và gửi lại đơn đăng ký này cùng với bản sao các tài liệu được yêu cầu trong đơn đăng ký.

Bệnh nhân sản khoa có thể đủ điều kiện nhận phúc lợi thông qua Tiểu bang Iowa. Vui lòng liên hệ với bộ phận Tư vấn Tài chính nếu quý vị muốn nhận thông tin về các chương trình này. Quý vị có thể xem thông tin liên hệ trong Phụ lục A.

Hướng dẫn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính

Vui lòng gửi bản sao vì chúng tôi sẽ không trả lại bản gốc. Tất cả thông tin của cả người nộp đơn và người vợ/chồng đều cần được cung cấp trong vòng 30 ngày.

- Bản sao phiếu lương/chứng từ lương gần đây nhất của quý vị.
- Bản sao Sao kê Ngân hàng Hoàn chỉnh trong hai tháng gần nhất của quý vị cho tất cả các tài khoản ngân hàng, bao gồm tất cả các trang (giải thích về khoản tiền gửi định kỳ).
- Các nguồn thu nhập khác; An sinh xã hội, Lương hưu, Trợ cấp khuyết tật, Tiền thuê nhà, Trợ cấp thất nghiệp/Thư từ chối, Bồi thường cho người lao động, Hỗ trợ nuôi con, Tiền cấp dưỡng, Trợ cấp trường học, mẫu W2 cho thu nhập thời vụ gần đây
 1. Nếu quý vị có **ít nhất một** nguồn thu nhập trên đây áp dụng đối với quý vị, vui lòng gửi kèm bản sao thư trao trợ cấp gần đây nhất.
 2. Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên và quý vị không nhận được tiền cấp dưỡng nuôi con, vui lòng gửi kèm phiếu lương/chứng từ lương gần đây nhất của người cha/mẹ thứ hai và các loại thuế hiện hành bao gồm tất cả các phụ lục.
 3. Nếu không có thu nhập, hãy hoàn thành phần Thư Hỗ trợ Tài chính trong đơn đăng ký.
- Bản sao hoàn chỉnh của Tờ khai thuế Liên bang năm trước có chữ ký bao gồm tất cả các phụ lục. Nếu quý vị có thu nhập từ việc tự kinh doanh, cho thuê hoặc từ trang trại, vui lòng gửi kèm Bảng C, E và F. Đối với người tự kinh doanh/người phụ thuộc, hãy cung cấp bản sao Báo cáo lãi lỗ ba tháng gần nhất của quý vị.
- Bản sao trang ba và bốn của tài liệu này (đơn xin hỗ trợ tài chính) có chữ ký chính xác.

MercyOne sẽ phản hồi bằng văn bản cho người nộp đơn trong vòng 30 ngày làm việc sau khi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh và thông tin hỗ trợ.

Vui lòng liên hệ với Bộ phận Tư vấn Tài chính nếu quý vị có thắc mắc về đơn đăng ký hoặc trạng thái đơn đăng ký của quý vị. Thông tin liên hệ của bộ phận Tư vấn Tài chính có trong Phụ lục A cùng với địa chỉ gửi thư.

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Healthcareng cấp

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Thông tin liên hệ

Sở Y tế	Gửi đơn đăng ký đã điền đầy đủ và các giấy tờ khác tới:	Số điện thoại	Số fax
Cedar Falls	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 hoặc 1-800-728-0159	319-272-5757
Clinton	MercyOne Clinton Medical Center Attention: Financial Counselor 1410 N. 4th St., Clinton, IA 52732	563-244-5678	563-244-3523
Des Moines / West Des Moines	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
Des Moines Clinic	MercyOne Medical Group 405 SW 5 th Street Ste E, Des Moines, IA, 50309	515-643-2519	515-358-7294
Dubuque	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 hoặc 563-589-9066	563-589-9029
Dyersville	MercyOne Dubuque Medical Center Attention: Financial Counselor 250 Mercy Dr, Dubuque, IA 52001	563-589-8913 hoặc 563-589-9066	563-589-9029
Newton	Patient Business Service Center 20555 Victor Pkwy, Livonia MI, 48152	734-343-3065	313-334-3271
New Hampton	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 hoặc 641-428-7824	641-428-7886
North Iowa (Mason City)	MercyOne North Iowa Medical Center Patient Access Attention: Financial Counselor 1000 4th Street SW, Mason City, IA 50401	641-428-3029 hoặc 641-428-7824	641-428-7886
Oelwein	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 hoặc 1-800-728-0159	319-272-5757
Primghar	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-957-2300	712-957-0030
Siouxland	MercyOne Siouxland Attention: Financial Counselor PO Box 3168, Sioux City, IA 5110	712-279-2323	712-279-2769
Waterloo	MercyOne Attention: Financial Counselor 3421 West 9th Street, Waterloo, IA 50702	319-272-0044 hoặc 1-800-728-0159	319-272-5757

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Healthcare cung cấp
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

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:

[Please complete and sign application form and return within 10 days including copies of the following:]

Giấy tờ xác minh bắt buộc [Required Verifications]

- Bằng chứng về tổng thu nhập một tháng qua [Past One month Proof of Gross Income]
- 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) [Past Two months Complete Bank Statements for all bank accounts, with all pages included (explanation for recurring deposits)]
- 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) [Recent Tax Returns (1040 form with Schedule C, E or F) or Three Months Profit and Loss Statements (for self-employed/dependents)]

Cung cấp những giấy tờ sau đây, nếu có [Provide the following, If applicable]

- Mẫu W2 gần đây đối với thu nhập thời vụ [Recent W2 for Seasonal Income]
- Thư từ chối/Trợ cấp thất nghiệp [Unemployment Benefit/ Denial letter]
- Tiền cấp dưỡng/Thu nhập hỗ trợ nuôi con [Child Support Income/Alimony]
- Không có thu nhập – Hoàn thành phần Thư hỗ trợ tài chính trong đơn đăng ký [No Income – Complete Letter of Financial Support portion of the application]

Thông tin Bệnh nhân [Patient Information]

Tên bệnh nhân [Patient Name]		Ngày sinh [Date of Birth]	
Số An sinh Xã hội/EIN (không bắt buộc) [Social Security/EIN Number (optional)]	Điện thoại di động [Mobile Phone]	Điện thoại khác [Other Phone]	
Địa chỉ nhận thư [Mailing Address]	Thành phố [City]	Tiểu bang [State]	Mã ZIP [ZIP code]
Địa chỉ email [Email Address]	Quý vị là cư dân của tiểu bang nào? [Of what state are you a resident?]		
Tình trạng hôn nhân [Marital status] <input type="checkbox"/> Độc thân [Single] <input type="checkbox"/> Kết hôn [Married] <input type="checkbox"/> Ly hôn [Divorced] <input type="checkbox"/> Khác [Other] _____			
Quý vị có nộp Tờ khai thuế Liên bang không? [Do you file a Federal Tax Return?] <input type="checkbox"/> Có [Yes] <input type="checkbox"/> Không [No] Nếu không, tại sao? [If no, why?]	Quý vị có thể được xác nhận là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác không? [Can you be claimed as dependent on someone else's tax return?] <input type="checkbox"/> Có [Yes] <input type="checkbox"/> Không [No]		
Quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị có bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ không? [Did you or your dependents have health insurance coverage at the time of service?] <input type="checkbox"/> Có [Yes] <input type="checkbox"/> Không [No] (Cung cấp bản sao			

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT**[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]**

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Healthcareung cấp

[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

thẻ bảo hiểm) [(Provide Insurance card copy)]

Quý vị có phải là cư dân có giấy tờ của Hoa Kỳ không? [Are you a documented resident of the United States?]

 Có [Yes] Không [No] Không muốn trả lời [Prefer Not to Answer]

Các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị, dựa trên Tờ khai thuế gần đây của quý vị [Household Members, including yourself based on your recent Tax Returns]

Ngày sinh
[Date of Birth]Mối quan hệ với bệnh nhân
[Relationship to Patient]Được xác nhận trên Tờ khai thuế (Có/Không)
[Claimed on Tax Return (Yes/No)]**Xác minh thu nhập cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình [Income Verification for all household members]**

Nguồn thu nhập hàng tháng [Monthly Income Source]

Ai nhận được khoản này? [Who receives this?]

Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế) [Gross Monthly Income (before taxes)]

Nguồn thu nhập hàng tháng [Monthly Income Source]

Ai nhận được khoản này? [Who receives this?]

Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế) [Gross Monthly Income (before taxes)]

Tiền lương [Wages]

Bồi thường cho người lao động [Worker's Compensation]

An sinh xã hội/Khuyết tật [Social Security/Disability]

Thất nghiệp [Unemployment]

Lương hưu [Pension]

Hỗ trợ nuôi con/Tiền cấp dưỡng [Child Support/Alimony]

Tự kinh doanh [Self-Employment]

Thu nhập từ đất cho thuê [Rental Land Income]

Hỗ trợ công [Public Assistance]

Khác [Other]

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

[CONFIDENTIAL APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE]

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health cung cấp
[For Hospital and Professional services provided by facilities and physicians of Trinity Health]

Thư hỗ trợ tài chính - Chỉ nên hoàn thành bởi người hỗ trợ [Letter of Financial Support - Should only be completed by the person providing support]

- Tôi hỗ trợ hơn 50% chi phí sinh hoạt của bệnh nhân, nhưng tôi không thể hỗ trợ các hóa đơn y tế. [I provide more than 50% support for the patient's living expenses, but I am unable to help with medical bills.]
- 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) [By signing this letter, I verify that the above statement is correct and that I will in no way be held liable for the patient's bills. If you have questions, please contact me at _____ (Phone Number)]

Tên người hỗ trợ [Name of person providing support]

Mối quan hệ với bệnh nhân
[Relationship to Patient]

Chữ ký của người hỗ trợ [Signature of person providing support]

Ngày [Date]

XÁC MINH THU NHẬP VÀ DANH TÍNH [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

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 Trinity Health nếu thông tin trên được cung cấp sai trái. [I certify that the information listed in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that the information provided is subject to verification. I will be responsible for repayment of any services provided at Trinity Health affiliates if the above information is provided under false pretenses.]

Chữ ký của Bệnh nhân [Signature of Patient]: _____

Ngày [Date]: _____

Hoặc chữ ký của Người giám hộ hợp pháp (nếu có) [Or Signature of Legal Guardian (If Applicable)]: _____

Ngày [Date]: _____

Mối quan hệ với Bệnh nhân [Relationship to Patient]: _____

Ngày [Date]: _____