

Kính gửi Quý Vị Bệnh Nhân:

Kèm theo đây là Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của McBride Orthopedic Hospital (MCBOH). Việc điền mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi cân nhắc nhu cầu cần trợ giúp y phí cho các hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị phải nộp lại đơn xin sáu tháng một lần và phải ghi tổng thu nhập của hộ gia đình và tổng số người cư ngụ trong hộ gia đình.

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, tất cả các giấy tờ nhận được sẽ được coi là thông tin bảo mật, trừ khi sử dụng cho các mục đích xác minh, và sẽ **KHÔNG** được chia sẻ với bất kỳ ai ở bên ngoài MCBOH.

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các mục trong đơn xin. Nếu quý vị cần thêm ô trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn xin. Chúng tôi có thể lấy báo cáo tín dụng để kiểm tra xác nhận các thông tin cung cấp. **Các giấy tờ chụp lại bằng hình ảnh sẽ không được chấp nhận.** Tất cả các chứng từ cung cấp sẽ trở thành tài sản của MCBOH, và không thể trả lại cho quý vị.

Quý vị phải nộp bản sao tất cả các giấy tờ ghi dưới đây áp dụng cho trường hợp của quý vị để chúng tôi quyết định quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. **Không chấp nhận số liệu thuế trong hồ sơ tự khai thuế bằng phần mềm khai thuế.**

- ☐ Toàn bộ bản sao Hồ Sơ Khai Thuế cho Năm Trước Đó. (*Không gửi kèm các mẫu W-2 hoặc cuống phiếu lương*).
 - (Go to www.irs.gov để lấy Hồ Sơ Khai Thuế IRS Chính Thức của quý vị).
- ☐ Thư Thông Báo Nhận Phúc Lợi An Sinh Xã Hội. (*Cung cấp bằng chứng về thu nhập của vợ/chồng, nếu thích hợp*).
- ☐ Giấy Xác Nhận Tình Trạng Tàn Tật của Bác Sĩ, trong đó cho biết tình trạng tàn tật vĩnh viễn cùng với chứng từ.
- ☐ Tự Kinh Doanh: Bản sao hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang cá nhân mới nộp trong thời gian gần đây nhất và bản kết toán lời lỗ mới nhất, trong đó bao gồm tất cả các phần phụ lục áp dụng.
- ☐ Những Người Không Khai Thuế: Cung cấp thư Xác Nhận Không Khai Thuế của IRS.
- ☐ Bất kỳ chứng từ nào khác, theo yêu cầu, để giải quyết đơn xin của quý vị.

Quý vị cần điền đơn xin này ngay sau khi nhận được và nộp lại trong vòng 15 ngày. **Chúng tôi sẽ xét đơn xin trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được và quý vị sẽ nhận được thư thông báo quyết định trong vòng 60 ngày.**

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc điền đơn xin này hoặc có thắc mắc, vui lòng liên lạc với văn phòng chúng tôi tại số (405) 486-2385 hoặc qua email tại MCBOHFinancialAssistance@mcboh.com. Giờ làm việc của văn phòng là Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều. Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,

Văn Phòng Kinh Doanh MCBOH

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP Y PHÍ
NGÀY NỘP: _____

Mọi thông tin được cung cấp sẽ được bảo mật theo chính sách bảo mật của chúng tôi.

TÊN CỦA BỆNH NHÂN: _____

TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN – Vui lòng đọc và ký tên

Tôi xác nhận rằng các thông tin cung cấp là đúng và tôi cho phép McBride Orthopedic Hospital (MCBOH) xác minh mọi thông tin cung cấp và tôi cho phép bất kỳ bên thứ ba nào tiết lộ cho MCBOH bất kỳ thông tin nào được yêu cầu để xác minh và xác thực đơn xin này.

Tôi hiểu rằng để xử lý đơn này, có thể cần thêm thông tin và tôi phải cung cấp thông tin đó khi được yêu cầu. Tôi hiểu rằng nếu không làm như vậy, hồ sơ của tôi sẽ đương nhiên bị từ chối.

MCBOH được phép kiểm tra lịch sử tín dụng của tôi và báo cáo cho người khác về quá trình sử dụng tín dụng của tôi.

Bảo Hiểm Sức Khỏe:

Tôi hiểu rằng bảo hiểm y tế được ưu tiên hơn là trợ giúp y phí. Tôi hiểu rằng tất cả các bảo hiểm phải được nộp và giải quyết trước thì mới có thể nộp đơn xin trợ giúp y phí.

Tôi hiểu rằng công ty bảo hiểm y tế của tôi có thể yêu cầu cung cấp thêm thông tin để giải quyết yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp thông tin theo yêu cầu và dẫn đến việc công ty bảo hiểm từ chối chi trả, hồ sơ xin trợ giúp y phí của tôi sẽ bị từ chối và tôi sẽ chịu trách nhiệm trả mọi chi phí cho các dịch vụ đã cung cấp.

Trách Nhiệm của Bên Thứ Ba:

Tôi hiểu rằng nếu lần nhập viện này là để điều trị chấn thương, bệnh tật hoặc tình trạng có thể do bên thứ ba gây ra, mà bên thứ ba đó phải hoặc có thể phải chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại, thì mọi khiếu nại của tôi đối với bên thứ ba và/hoặc mọi khoản tiền mà tôi thu hồi được từ bên thứ ba đó sẽ được ưu tiên hơn là trợ giúp y phí và bất kỳ khoản trợ giúp chi phí nào được cung cấp sẽ bị coi là không có hiệu lực. Tôi hiểu rằng sau đó tôi sẽ chịu trách nhiệm trả mọi chi phí của bất kỳ dịch vụ nào được bảo hiểm bao trả.

Chữ ký của người nộp đơn Ngày

Chữ ký của vợ/chồng/người quan trọng khác Ngày

PHẦN A

THÔNG TIN VỀ ĐƯƠNG ĐƠN: Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, đương đơn phải là cha/mẹ hoặc người giám hộ.

Tên gọi: _____ Tên đệm viết tắt: _____ Tên họ: _____

Địa chỉ nhận thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Số Zip Code: _____ Điện thoại: (____) _____

Địa chỉ trước đây, nếu ở địa chỉ hiện tại chưa đến 1 năm:

PHẦN B**CÁC THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH:** Liệt kê tất cả mọi người trong gia đình, bao gồm cả quý vị.

Mối liên hệ với quý vị	Tên	Ngày tháng năm sinh	# an sinh xã hội (chỉ dành cho người từ 18 tuổi trở)	Người này có được nhận:	
				Phiếu thực phẩm	Medicaid, Nếu có, ID#
1. BẢN THÂN				C K	C K
2.				C K	C K
3.				C K	C K
4.				C K	C K
5.				C K	C K
6.				C K	C K
7.				C K	C K
8.				C K	C K

PHẦN C**Đương đơn có được nhận THU NHẬP AN SINH BỔ SUNG CỦA SỞ AN SINH XÃ HỘI (SSI) không?**

(chỉ áp dụng cho bệnh nhân): Gửi một bản sao thư thông báo nhận trợ cấp An sinh Xã hội trong đó nói rằng quý vị đủ điều kiện được hưởng trợ cấp Thu nhập An sinh Phụ trội (SSI).

PHẦN DĐể hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí với **PHÚC LỢI PHIẾU THỰC PHẨM HOẶC MEDICAID:**

Người được nhận phúc lợi phiếu thực phẩm hoặc trợ cấp Medicaid phải là người nộp đơn hoặc được liệt kê trên thư thông báo nhận trợ cấp nêu rõ rằng quý vị hội đủ điều kiện. Có thể phải cần bằng chứng.

Phiếu Thực phẩm: Gửi một bản sao thư xác nhận phúc lợi phiếu thực phẩm DHS gần đây nhất của quý vị.**Medicaid/SoonerCare:** Gửi một bản sao thư thông báo chấp thuận cho nhận Medicaid/SoonerCare mới đây nhất của quý vị. **LƯU Ý:** Phúc lợi Kế Hoạch Hóa Gia Đình, Sức Khỏe Tâm Thần và Nghiện Chất Kích Thích không hội đủ điều kiện.Chỉ **Tiêu đề 19, S.L.M.B.** và **QUA-1** là phúc lợi hội đủ điều kiện.Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho **PHẦN C** hoặc **D** – **HÃY CHUYỂN ĐẾN PHẦN E.**Nếu quý vị trả lời **KHÔNG** cho **PHẦN C** hoặc **D** – **HÃY CHUYỂN ĐẾN PHẦN F.****PHẦN E**Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho **PHẦN C** hoặc **D.****KÝ VÀO BẢN TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN Ở TRANG 1 và cung cấp các giấy tờ bắt buộc.******DỪNG LẠI** KHÔNG ĐIỀN PHẦN F****PHẦN F****THÔNG TIN TÀI CHÍNH CỦA HỘ GIA ĐÌNH.**

Nếu không có thông tin và tài liệu này, chúng tôi sẽ không thể xem xét hồ sơ xin trợ giúp y phí của quý vị.

VIỆC LÀM**Đương Đơn:** Hăng Sở: _____

Ngày bắt đầu (nếu ít hơn một năm): _____ Tổng thu nhập hàng tháng trước khi trừ các khoản ước tính: \$ _____

Quý vị được trả lương bao lâu một lần: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần (cách tuần) ☐ Nửa tháng một lần (hai lần một tháng)☐ Hàng tháng Quý vị được trả lương bằng: ☐ Tiền gửi trực tiếp vào tài khoản ngân hàng ☐ Ngân phiếu ☐ Thẻ ghi nợ**Người phối ngẫu:** Hăng Sở: _____

Ngày bắt đầu (nếu ít hơn một năm): _____ Tổng thu nhập hàng tháng trước khi trừ các khoản ước tính: \$ _____

Quý vị được trả lương bao lâu một lần: ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần (cách tuần) ☐ Nửa tháng một lần (hai lần một tháng)☐ Hàng tháng Quý vị được trả lương bằng: ☐ Tiền gửi trực tiếp vào tài khoản ngân hàng ☐ Ngân phiếu ☐ Thẻ ghi nợ☐ Tự kinh doanh: Tên cơ sở kinh doanh: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại: (____) _____