

## Đơn Đăng Ký Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Tufts Medicine tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mọi bệnh nhân. Tufts Medicine cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân không thể chi trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu và chăm sóc y tế thiết yếu. Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medicine không nhằm mục đích chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế không thiết yếu. Nó cũng không nhằm mục đích giảm giá cho các khoản đồng thanh toán bảo hiểm, đồng bảo hiểm hoặc các khoản khấu trừ.

Những bệnh nhân có điều kiện tài chính phải chi trả cho các dịch vụ nhận được tại Tufts Medicine. Tuy nhiên, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận được hỗ trợ tài chính. Chúng tôi đặc biệt khuyến khích bệnh nhân đăng ký tham gia bất kỳ chương trình hỗ trợ hiện có nào của chính phủ, như MassHealth, ConnectorCare hoặc Health Safety Net, trước khi đăng ký Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Tufts Medicine. **Việc không đăng ký chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có khả năng hội đủ điều kiện có thể dẫn đến đơn đăng ký của quý vị bị trì hoãn hoặc bị từ chối.** Nếu quý vị cần trợ giúp đăng ký các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một Điều phối viên Tài chính của Tufts Medicine có thể hỗ trợ quý vị.

Khả năng hội đủ điều kiện của quý vị để tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính phụ thuộc vào việc quý vị hoàn thành đầy đủ và chính xác Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính này.

### Hướng dẫn

Tất cả những người nộp đơn vui lòng điền đầy đủ vào Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính và đính kèm bản sao của các tài liệu sau. Đơn đăng ký sẽ bị từ chối nếu không gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết trong vòng 30 ngày. Vui lòng nộp kèm bản sao của mọi tài liệu gửi đi vì rất tiếc các tài liệu này sẽ không được trả lại.

- Hoàn thành tất cả các phần áp dụng trong đơn đăng ký và nhớ ký tên vào bản tuyên thệ ở trang 4
- Nộp kèm bản sao giấy phép lái xe, **giấy tờ nhận dạng có ảnh khác hoặc tài liệu xác minh nơi cư trú hiện tại của quý vị.** Mọi tài liệu nộp kèm phải có tên của quý vị trên đó
- Nộp kèm bản sao (các) **thẻ bảo hiểm của quý vị**
- Nộp kèm một số giấy tờ **xác minh thu nhập:**
  - Nộp kèm bản sao của (các) **Bảng kê lương W-2** gần đây nhất của quý vị
  - Nếu **gần đây có thay đổi trong thu nhập của quý vị**, hãy gửi kèm các tài liệu như cuống phiếu lương gần đây (tối thiểu 4 phiếu), báo cáo thất nghiệp, báo cáo ngân hàng/đầu tư và/hoặc báo cáo an sinh xã hội
- Nếu bệnh nhân **đã qua đời**, vui lòng nộp kèm bản sao giấy chứng tử và chứng từ nêu rõ tình trạng tài sản

**Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với Phòng Điều phối Tài chính của Tufts Medicine tại:**

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)  
978-973-6700

**hoặc đến trực tiếp các địa điểm sau của Tufts Medicine:**

- Tufts Medical Center  
Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Tufts Medical Center  
Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Lowell General Hospital  
Dahod Building, Ground Floor  
295 Varnum Avenue  
Lowell, MA 01854
- Lowell General Hospital  
Saints Campus  
1 Hospital Drive, Ground Floor  
Lowell, MA 01852
- MelroseWakefield Hospital  
585 Lebanon Street, Suite 101  
Melrose, MA 02176
- Lawrence Memorial Hospital  
Tầng trệt gần nơi Chăm sóc Khẩn cấp  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

**Vui lòng gửi đơn đăng ký đã hoàn tất của quý vị đến:**

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

## 1 Về bệnh nhân/người nộp đơn

Vui lòng điền vào phần này về bệnh nhân và/hoặc người nộp đơn.

**Yêu cầu tài liệu:** Vui lòng nộp kèm giấy tờ xác minh nơi cư trú: giấy phép lái xe, giấy tờ tùy thân có ảnh khác hoặc tài liệu chứng minh nơi cư trú hiện tại của quý vị. Mọi tài liệu gửi đi phải có tên của bệnh nhân trên đó.

Ngày hôm nay \_\_\_\_\_

Tên Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Bệnh nhân / /

Số An sinh XH của Bệnh nhân / /

Số Hồ sơ Y tế của Bệnh nhân. \_\_\_\_\_

Tên Người nộp đơn \_\_\_\_\_

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

Địa chỉ của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

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

Định dạng Ngày sinh: Tháng/  
Ngày/Năm (MM/DD/YYYY)

### Về hộ gia đình của quý vị

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

Thành viên gia đình 1 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Mối quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên gia đình 2 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Mối quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên gia đình 3 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Mối quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên gia đình 4 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Mối quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Thành viên gia đình 5 \_\_\_\_\_

Ngày sinh / /

Mối quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Có  Không

Quý vị có phải là công dân Hoa kỳ?

Có  Không

Nếu KHÔNG, quý vị có phải là thường trú nhân, cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ\* không?

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

## 2 Thông tin bảo hiểm

Vui lòng điền vào phần này về bảo hiểm của bệnh nhân.

**Yêu cầu tài liệu:** Nếu có, vui lòng nộp kèm bản sao (các) thẻ bảo hiểm của bệnh nhân, thông báo từ Medicaid, thông báo về các dịch vụ không được bảo hiểm, tài liệu về các giới hạn của mạng lưới. Mọi tài liệu đính kèm phải có tên của bệnh nhân trên đó.

- Có  Không Quý vị có nộp đơn đăng ký Medicaid trong vòng 6 tháng qua không?
- Có  Không Quý vị có đơn đăng ký Medicaid đang chờ xử lý hoặc được phê duyệt không?
- Có  Không Đơn đăng ký Medicaid của quý vị có bị từ chối không?
- Có  Không Quý vị có bảo hiểm y tế không?
- Có  Không Bảo hiểm của quý vị có chi trả cho các dịch vụ tại Tufts Medicine không?
- Có  Không Có dịch vụ nhất định nào không được công ty bảo hiểm của quý vị chi trả không?

Nếu có, vui lòng mô tả dịch vụ đó \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Thông tin bảo hiểm chính

Tên bảo hiểm \_\_\_\_\_

Địa chỉ công ty bảo hiểm \_\_\_\_\_

Số hợp đồng/ID \_\_\_\_\_

Số nhóm \_\_\_\_\_

Người đăng ký \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Người đăng ký   /   /

Mối quan hệ với Người đăng ký \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng của Người đăng ký \_\_\_\_\_

Ngày có hiệu lực   /   /

### Thông tin bảo hiểm thứ cấp

Tên bảo hiểm \_\_\_\_\_

Địa chỉ công ty bảo hiểm \_\_\_\_\_

Số hợp đồng/ID \_\_\_\_\_

Số nhóm \_\_\_\_\_

Người đăng ký \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Người đăng ký   /   /

Mối quan hệ với Người đăng ký \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng của Người đăng ký \_\_\_\_\_

Ngày có hiệu lực   /   /

### 3 Tổng thu nhập và tài sản hàng tháng

Vui lòng hoàn thành phần này về thu nhập và tài sản kiểm được của bệnh nhân và mỗi thành viên gia đình được liệt kê trong Phần 1 hiện đang làm việc. Vui lòng liệt kê tổng thu nhập, là thu nhập trước thuế và trước khấu trừ.

**YÊU CẦU TÀI LIỆU:** Vui lòng nộp kèm tài liệu xác minh thu nhập này: cuốn phiếu lương, thuế thu nhập, bảng kê lương W2, bảng sao kê ngân hàng, bảng kê hoạt động tài khoản hoặc bằng chứng khác.

**Phần 3 có thể để trống nếu bệnh nhân và các thành viên trong gia đình bệnh nhân không có thu nhập hoặc tài sản kiểm được.**

#### Thu nhập hộ gia đình

|                                       | BỆNH NHÂN | THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH 1 | THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH 2 | THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH 3 | THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH 4 | (PHẦN CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ) |
|---------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Tiền công/Tiền lương/Tiền tips        |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Trợ cấp thất nghiệp                   |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| An sinh xã hội                        |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Tiền hỗ trợ nuôi con + Tiền cấp dưỡng |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Thu nhập từ việc tự kinh doanh        |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Thu nhập lãi suất/cổ tức              |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Lương hưu                             |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| IRA/Cổ phiếu/Trái phiếu               |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Thu nhập từ việc cho thuê             |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Thanh toán từ ủy thác                 |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Bồi thường cho Người lao động         |           |                       |                       |                       |                       |                           |
| Phúc lợi cựu chiến binh               |           |                       |                       |                       |                       |                           |

#### Tuyên bố không có thu nhập

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

Tên bệnh nhân \_\_\_\_\_

hiện không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ thực phẩm, chỗ ở và quần áo cần thiết. Tôi cũng hỗ trợ tài chính cho họ với số tiền trung bình là \$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng.

Chữ ký của Người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Ngày   /  /  

#### Tài sản hộ gia đình – tài khoản vãng lai và tài khoản tiết kiệm

| LOẠI TÀI KHOẢN | NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÀI CHÍNH | SỐ DƯ |
|----------------|-----------------------------|-------|
|                |                             |       |
|                |                             |       |
|                |                             |       |
|                |                             |       |

Loại tài khoản: vãng lai hoặc tiết kiệm.

Phần 3 tiếp theo trang 5

**Tài sản tính được khác của hộ gia đình**

| LOẠI TÀI KHOẢN                     | NGÂN HÀNG/TỔ CHỨC TÀI CHÍNH | SỐ DƯ |
|------------------------------------|-----------------------------|-------|
| Cổ phiếu/Trái phiếu                |                             |       |
| Chứng chỉ Tiền gửi                 |                             |       |
| Trái phiếu Tiết kiệm Mỹ            |                             |       |
| Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)     |                             |       |
| Chứng chỉ Tiết kiệm                |                             |       |
| Câu lạc bộ Giảng sinh hoặc Kỳ nghỉ |                             |       |
| Khác                               |                             |       |

**4 Khó khăn y tế**

Phần này có thể không áp dụng cho quý vị. Vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị có hóa đơn y tế lớn. Liệt kê các chi phí chăm sóc sức khỏe từ Tufts Medicine và các nhà cung cấp khác. Chúng tôi có thể yêu cầu cung cấp tài liệu nhưng không bắt buộc tại thời điểm này.

| CHI PHÍ Y TẾ | TỔNG SỐ TIỀN | CHI PHÍ NÀY XẢY RA BAO LÂU MỘT LẦN?  | (PHẦN CHỈ DÀNH CHO CƠ SỞ) |
|--------------|--------------|--|---------------------------|
|              |              | <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 |                           |

**Bản tuyên thệ – tất cả người nộp đơn phải ký tên**

Tôi cam đoan (hoặc khẳng định) rằng mọi thông tin trên đơn đăng ký này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo khả năng, kiến thức và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý thông báo cho Tufts Medicine trong vòng một tuần tất cả những thay đổi về thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác ghi trên đơn đăng ký này mà có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi tại Tufts Medicine. Tôi hiểu rằng thông tin tin dụng và các thông tin tài chính khác của tôi có thể được đối chiếu để xác minh tuyên bố của tôi và khả năng hội đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có 30 ngày để nộp tài liệu hỗ trợ chính xác và cần thiết để được xét duyệt khấu trừ.

Những tuyên bố sai sự thật của bệnh nhân nhằm mục đích nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển đến văn phòng Tổng Chương Lý Massachusetts. Những bệnh nhân làm sai lệch đơn đăng ký Chương trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm về mọi phí tổn phát sinh khi đăng ký tham gia Chương trình kể từ ngày đầu tiên phát sinh các phí tổn theo Chương trình.

Tất cả người nộp đơn phải ký tên vào bản tuyên thệ để đơn đăng ký của họ được xem xét.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày        /    /