

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

Cá nhân & Bảo mật

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Người bảo lãnh: Guarantor smarttext

Số Hồ sơ: smarttext

Bệnh nhân được đưa vào Hồ sơ:

- smarttext patient name(s)

Kính gửi patient name smarttext,

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn **St. Joseph's Health** là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng hoàn thành đơn đăng ký kèm theo và gửi lại địa chỉ bên dưới để hoàn tất việc đánh giá hỗ trợ tài chính của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Trung tâm Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số 800-494-5797, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 9:00 a.m. - 5:00 p.m. theo giờ ET. Sau lời chào, chọn 1, sau đó chọn 2 để gặp đại diện. Vui lòng cho biết ngôn ngữ quý vị cần, chúng tôi sẽ mời một thông dịch viên tham gia cuộc điện thoại.

Trân trọng,

Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân Doanh nghiệp Trinity Health

Thay mặt cho **St. Joseph's Health**

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

This is an exact translation of this form in English. Certified by CyraCom on 1/1/2025.

Tên Bệnh nhân (thông tin đầy đủ nếu có)		
Tên Bệnh nhân (Họ, Tên đệm, Tên)		Ngày sinh (mm/dd/yyyy)
Số điện thoại liên hệ		
Địa chỉ Gửi thư	Căn hộ/Số nhà	
Thành phố	Tiểu bang	Mã zip
Tên Cha mẹ/Người giám hộ hoặc Người đại diện Hợp pháp (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc người lớn mất năng lực hành vi)		
Địa chỉ Email		
Họ và tên	Mối quan hệ	Tổng Thu nhập Gộp (Hiện tại)
Bệnh viện có thể yêu cầu quý vị gửi tài liệu làm bằng chứng về thu nhập, ví dụ về tài liệu có thể bao gồm cuống phiếu lương, thư từ chủ lao động của quý vị nếu có hoặc Biểu mẫu 1040.		

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

Tình trạng Bảo hiểm Y tế

Quý vị có bất kỳ hình thức bảo hiểm y tế nào, bao gồm Medicaid, Medicare hoặc bảo hiểm tư nhân thông qua chủ lao động của quý vị hoặc tự mua không? Có Không

Nếu quý vị trả lời “Không”, quý vị có muốn được hỗ trợ đăng ký bất kỳ chương trình nào trong số này không?
 Có Không

Bệnh nhân có bảo hiểm dưới mức: những người có bảo hiểm và có chi phí y tế cao. Nếu quý vị có bảo hiểm, vui lòng cung cấp ước tính về các hóa đơn y tế quý vị đã thanh toán trong 12 tháng qua.

\$

Bệnh viện có thể yêu cầu quý vị gửi tài liệu làm bằng chứng về các khoản chi phí y tế đã thanh toán.

Bệnh nhân/Bên Chịu Trách nhiệm: Nếu không phải là bệnh nhân, hãy liệt kê tên của người ký vào biểu mẫu và quyền hạn của họ để ký thay mặt bệnh nhân (ví dụ: vợ/chồng, cha mẹ, người đại diện hợp pháp).

Tôi hiểu rằng thông tin tôi gửi có thể được xác minh từ các nguồn bên ngoài. Tôi xác nhận rằng thông tin này là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tên Viết In

Ngày

Mối quan hệ với Bệnh nhân

Chữ ký

Vui lòng gửi đơn đăng ký của quý vị đến địa chỉ trên, fax số 312-871-3350 và/hoặc tải lên tài liệu qua MyChart (Cổng thông tin Bệnh nhân) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ Trung tâm Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số 800-494-5797 từ Thứ Hai đến Thứ Sáu 9 a.m. - 5 p.m. theo giờ ET.

Điều kiện Tối thiểu và Hướng dẫn

Các Mốc Thời gian Đăng ký, Quyền của Bệnh nhân và Bảo mật

Quý vị có thể đăng ký hỗ trợ tài chính tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình thu nợ.

- Quý vị không phải thanh toán bất kỳ khoản nào cho bệnh viện này cho đến khi quý vị nhận được quyết định về đơn xin hỗ trợ tài chính của mình. Các bệnh viện không được chuyển các tài khoản sang bộ phận thu hồi nợ khi đơn đăng ký của quý vị đang chờ xử lý.

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

- Nếu quý vị bị từ chối hỗ trợ tài chính, quý vị có quyền kháng nghị. Thông tin về cách thực hiện sẽ được nêu trong thông báo của bệnh viện mà quý vị nhận được. Quý vị có thể có quyền kháng nghị số tiền hỗ trợ tài chính của mình. Bệnh viện sẽ đưa thông tin về cách kháng nghị trong thư công bố quyết định của họ.
- Các bệnh viện không thể gửi hóa đơn chưa thanh toán đến cơ quan thu hồi nợ trong ít nhất 180 ngày sau khi quý vị nhận được hóa đơn đầu tiên.
- Các bệnh viện bị cấm thực hiện hành động pháp lý, bao gồm cả việc nộp đơn kiện, để thu hồi các hóa đơn y tế chưa thanh toán để chống lại các bệnh nhân ở dưới 400% mức chuẩn nghèo liên bang. Hướng dẫn về mức chuẩn nghèo có thể được tìm thấy tại đây:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Mọi thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này sẽ chỉ được bệnh viện sử dụng để xác định tư cách nhận hỗ trợ tài chính của quý vị và sẽ được giữ bí mật trong phạm vi pháp luật cho phép.
- Bệnh viện không thể từ chối cung cấp cho quý vị các dịch vụ y tế cần thiết vì quý vị có hóa đơn y tế chưa thanh toán.
- Nếu quý vị cần hỗ trợ với đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ tài chính của (Tên bệnh viện) theo số (Số điện thoại).
- Nếu quý vị cần hỗ trợ thêm với đơn đăng ký này hoặc cần giúp đỡ để kháng nghị quyết định, quý vị có thể liên hệ với Community Health Advocates: 888-614-5400.

Điều kiện Hội đủ

Không có điều gì hạn chế khả năng của bệnh viện trong việc thiết lập điều kiện hội đủ của bệnh nhân để được giảm giá thanh toán ở các mức thu nhập cao hơn mức được nêu bên dưới và/hoặc cung cấp mức giảm giá thanh toán lớn hơn cho bệnh nhân đủ điều kiện so với mức được yêu cầu bởi Luật Y tế Công cộng. Ngoài ra, tình trạng nhập cư sẽ không phải là tiêu chí đủ điều kiện để xác định hỗ trợ tài chính.

Những cá nhân sau đây đủ điều kiện:

Người có thu nhập thấp không có bảo hiểm y tế; hoặc

- người có bảo hiểm y tế dưới mức (chi phí y tế tự chi trả tích lũy trong mười hai tháng qua lên tới hơn mười phần trăm tổng thu nhập hàng năm của cá nhân đó); hoặc
- những người đã dùng hết quyền lợi bảo hiểm y tế và có thể chứng minh không có khả năng chi trả toàn bộ chi phí; hoặc
- theo quyết định của bệnh viện, những cá nhân có thể chứng minh không có khả năng chi trả khoản đồng thanh toán và/hoặc khoản khấu trừ có thể yêu cầu giảm hoặc chiết khấu thanh toán.

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

Cá nhân có thu nhập lên tới 400% mức chuẩn nghèo liên bang đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.

Mức Chuẩn Nghèo Liên bang (2024)

Quy mô Hộ gia đình	200%	300%	400%
1 Người	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 Người	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 Người	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 Người	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 Người	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 Người	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 Người	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Cập nhật hàng năm: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Mức Giảm giá Tối thiểu

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, chi phí của quý vị sẽ được giảm theo thu nhập của quý vị trên thang phí trượt như sau:

Mức Thu nhập	Thanh toán
Dưới 200% FPL	Miễn tất cả các khoản phí
200% - 300% FPL	Bệnh nhân không có bảo hiểm: Thang trượt lên tới 10% số tiền Medicaid đã trả cho (các) dịch vụ. Bệnh nhân có bảo hiểm dưới mức: Tối đa 10% số tiền đã trả theo mức chia sẻ chi phí bảo hiểm của bệnh nhân đó.
301% - 400% FPL	Bệnh nhân không có bảo hiểm: Thang trượt lên tới 20% số tiền Medicaid đã trả cho (các) dịch vụ. Bệnh nhân có bảo hiểm dưới mức: Tối đa 20% số tiền đã trả theo mức chia sẻ chi phí bảo hiểm của bệnh nhân đó.

Bệnh viện có thể chọn cung cấp mức chiết khấu lớn hơn cho bệnh nhân đủ điều kiện và/hoặc giảm giá thanh toán cho bệnh nhân ở mức thu nhập cao hơn.

Kế hoạch Trả góp

Kế hoạch trả góp sẵn có dành cho những bệnh nhân không thể trả hết một lần mức giá đã giảm. Khoản thanh toán hàng tháng không được vượt quá 5% tổng thu nhập hàng tháng của quý vị và lãi suất tính cho bệnh nhân trên số dư chưa thanh toán, nếu có, sẽ không vượt quá 2%.

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.

Yêu cầu Chứng minh Thu nhập Hộ gia đình

Vui lòng nêu thông tin thu nhập của bệnh nhân, vợ/chồng của họ và bất kỳ người phụ thuộc nào (chẳng hạn như con cái). Ví dụ: điều này sẽ bao gồm tất cả mọi người trong cùng một tờ khai thuế (người nộp thuế, vợ/chồng và người phụ thuộc về thuế) trong việc tính toán thu nhập hộ gia đình.

Sau đây là danh sách các tài liệu quý vị có thể sử dụng để chứng minh thu nhập của mình. Quý vị không phải cung cấp tất cả các tài liệu này. Quý vị cũng có thể cung cấp một tuyên bố không có thu nhập hộ gia đình nếu quý vị không có thu nhập. không có thu nhập.

Quý vị cũng có thể cung cấp trang xác định Hội đủ Điều kiện từ Health Marketplace Tiểu bang New York. Nếu quý vị có tài liệu này, quý vị không phải cung cấp bất kỳ thông tin thu nhập nào khác được liệt kê dưới đây cho bệnh viện.

Nếu Hộ gia đình Nhận:	Số tiền hàng Tháng:	Người nộp đơn Có thể Cung cấp:
Tiền lương	\$	Vui lòng cung cấp một Cuống phiếu lương hoặc Thư từ Chủ lao động trên giấy có tiêu đề của công ty, đã ký và ghi ngày hoặc tờ khai thuế thu nhập đã nộp gần đây nhất
Tiền An sinh Xã hội	\$	Bản sao thư/giấy chứng nhận nhận thưởng hoặc thư từ Cơ quan An sinh Xã hội Hoa Kỳ hoặc thư phúc lợi hàng năm. Để yêu cầu bản sao thư phúc lợi An sinh Xã hội của quý vị, hãy gọi 1-800-772-1213 hoặc truy cập www.ssa.gov .
Trợ cấp Thất nghiệp	\$	Bản sao thư/giấy chứng nhận nhận thưởng hoặc bản sao kê phúc lợi hàng tháng từ Sở Lao động Tiểu bang NYS hoặc Bản sao Thẻ Thanh toán Trực tiếp có bản in hoặc Thư từ Sở Lao động Tiểu bang NYS hoặc Bản in thông tin tài khoản của người nhận từ trang web của Sở Lao động Tiểu bang NYS (www.labor.state.ny.us).
Tiền Trợ cấp Khuyết tật	\$	Bản sao thư/giấy chứng nhận nhận thưởng hoặc thư từ Cơ quan An sinh Xã hội hoặc bản sao thư phúc lợi hàng năm. Để yêu cầu bản sao thư phúc lợi của quý vị, hãy gọi 1-800-772-1213 hoặc truy cập www.ssa.gov .
Bồi thường cho Người lao động	\$	Bản sao Thư Nhận thưởng hoặc Cuống phiếu lương
Tiền Cấp dưỡng Nuôi con/Hỗ trợ Con cái	\$	Bản sao lệnh của tòa án hoặc 3 tháng séc đã nhận tiền/biên lai.
Cổ tức/Lãi suất	\$	Sao kê cổ tức hàng quý hoặc sao kê 1 tháng.
Khác	\$	Thư nêu rõ số tiền thu nhập ngoài lương (nếu có), chẳng hạn như thu nhập cho thuê, tiền mặt cho các 8
Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính NYS Uniform Hospital Sửa đổi 10/2024 <small>Copyright © 2024 by Trinity Health. Translation Vendor 12/2024</small>		
Không có Thu nhập	\$	Tuyên bố có chữ ký về việc

NYS Uniform Hospital Đơn Đăng ký Nhận Hỗ trợ Tài chính

Cho các dịch vụ Bệnh viện và dịch vụ Chuyên môn được cung cấp bởi các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health

Quý vị có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính từ bệnh viện để thanh toán hóa đơn nếu quý vị không có bảo hiểm, nếu bảo hiểm của quý vị đã được sử dụng hết hoặc nếu quý vị có bảo hiểm y tế nhưng có bằng chứng rằng tổng cộng các khoản chi phí y tế đã thanh toán chiếm hơn 10% thu nhập của quý vị. Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ là bước khởi đầu cho quá trình yêu cầu hỗ trợ tài chính từ bệnh viện của quý vị. Biểu mẫu này được sử dụng tại tất cả các bệnh viện ở Tiểu bang New York. Chúng tôi sẽ cung cấp một thông dịch viên miễn phí để chúng tôi có thể thu thập thông tin cần thiết bằng Tiếng Anh.