

Thân gửi bệnh nhân,

Đính kèm bên dưới là Đơn xin Hỗ trợ Khó khăn Y tế của Công ty Cổ phần Bệnh viện Đông Bắc, Bệnh viện Winchester và Bệnh viện Lahey Clinic, Inc. Vui lòng điền vào các chỗ trống và gửi lại với các giấy tờ cần thiết. Những đơn đăng ký không hoàn chỉnh có thể không được nhận hỗ trợ tài chính.

Hạn chót gửi lại đơn đăng ký là 240 ngày kể từ khi nhận được hóa đơn đầu tiên cho dịch vụ mà bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ tài chính.

Công ty Cổ phần Bệnh viện Đông Bắc, Bệnh viện Winchester và Bệnh viện Lahey Clinic, Inc. và các đơn vị trực thuộc luôn nỗ lực cung cấp các hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân cần nhu cầu chăm sóc sức khỏe và không có bảo hiểm, không đủ bảo hiểm, không thỏa mãn các điều kiện để nhận các chương trình hỗ trợ của chính phủ hoặc là không đủ khả năng chi trả cho các nhu cầu chăm sóc y tế dựa trên hoàn cảnh tài chính cá nhân của họ.

Nếu quý vị có thắc mắc gì, vui lòng liên hệ với Văn phòng Tư vấn Tài chính qua số điện thoại nêu bên dưới.

Xin chân thành cảm ơn.

Gửi Đơn đăng ký đến:

Bộ phận Tư vấn Tài chính  
Bệnh viện & Trung tâm Y tế Lahey  
41 Mall Road  
Burlington MA, 01803  
781-744-8815

## Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đối với Khó khăn Y tế

### Vui lòng in ra

Ngày: \_\_\_\_\_ Số an sinh xã hội (SS) # \_\_\_\_\_

Số hồ sơ sức khỏe: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Đường

Số nhà

Thành phố

Bang

Mã bưu chính

Ngày dịch vụ bệnh viện: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của bệnh nhân \_\_\_\_\_

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid\*\* tại thời điểm sử dụng dịch vụ bệnh viện? Có  Không   
Nếu "Có", đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm (cả hai mặt) và hoàn thành các thông tin sau:

Tên công ty bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số hiệu giấy bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Ngày có hiệu lực: \_\_\_\_\_ Số điện thoại bảo hiểm: \_\_\_\_\_

\*\*Trước khi đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải đăng ký Medicaid trước 6 tháng và xuất trình chứng cứ bị từ chối.

Lưu ý: Hỗ trợ tài chính có thể không được áp dụng nếu Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA), Tài khoản Bồi hoàn Y tế (HRA), Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt (FSA) hoặc các quỹ tương tự được chỉ định cho các chi phí y tế gia đình đã được lập. Hỗ trợ có thể được cung cấp khi các quỹ đã lập hết hạn chi trả.

### **Để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, điền đầy đủ các thông tin sau:**

Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình, gồm bệnh nhân, bố mẹ, con cái và/hoặc anh chị em ruột, con đẻ, con nuôi dưới 18 tuổi đang sinh sống tại gia đình.

Tên thành viên	Tuổi	Quan hệ với bệnh nhân	Nguồn thu nhập hoặc Tên người sử dụng lao động	Tổng thu nhập hàng tháng
1.				
2.				
3.				
4.				

Ngoài Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, chúng tôi cũng cần quý vị đính kèm theo Đơn một số giấy tờ sau:

- Tờ kê khai thuế thu nhập cá nhân hiện tại của bang hoặc liên bang
- Mẫu W2 hiện tại và/hoặc Mẫu 1099

- Bốn bảng lương gần đây nhất
- Bốn bản sao kê tài khoản tiết kiệm và/hoặc tài khoản séc gần đây nhất
- Tài khoản tiết kiệm y tế
- Tài khoản bồi hoàn y tế
- Tài khoản chi tiêu linh hoạt
- Bản sao tất cả các hóa đơn y tế

Nếu không có những giấy tờ này, vui lòng gọi đến Văn phòng Tư vấn Tài chính qua số điện thoại (781) 744-8815 để thảo luận các giấy tờ khác mà họ có thể yêu cầu cung cấp.

Danh sách các khoản nợ y tế và cung cấp bản sao các hóa đơn y tế phát sinh 12 tháng trước:

Ngày sử dụng dịch vụ	Nơi sử dụng	Khoản nợ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vui lòng giải thích ngắn gọn lý do vì sao việc thanh toán những hóa đơn y tế này sẽ là một khó khăn:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cam đoan mọi thông tin đã khai trong đơn là đúng theo hiểu biết, niềm tin và thông tin mà tôi có.

Chữ ký của Người đăng ký: \_\_\_\_\_

Quan hệ với Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày hoàn thành: \_\_\_\_\_

Vui lòng chờ 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn hoàn chỉnh để xác định tính đủ điều kiện.

Nếu đủ điều kiện, hỗ trợ tài chính sẽ được cấp cho bệnh nhân trong vòng sáu tháng kể từ ngày chấp thuận và có hiệu lực ở tất cả các cơ sở trực thuộc Beth Israel Lahey Health như được nêu trong Phụ lục 5 của Chính sách Hỗ trợ Tài chính tương ứng của họ:

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-Boston
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center, Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Dành cho nhân viên.	
Đơn được nhận bởi:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Ngày nhận:	