



## Cách Nộp Đơn Xin Hỗ trợ Chi trả Hóa đơn Y tế tại Scripps

Hãy đọc kỹ toàn bộ nội dung trước khi điền vào mẫu đơn.

Khi quý vị nộp đơn xin hỗ trợ chi trả chi phí y tế tại Scripps, chúng tôi sẽ xem xét hai chương trình khác nhau. Một chương trình được gọi là Chương trình Chăm sóc Từ thiện Scripps, và chương trình kia được gọi là Chương trình Thanh toán Giảm giá. Để biết liệu quý vị có thể nhận được hỗ trợ từ các chương trình này hay không, gia đình quý vị cần có thu nhập ở mức nhất định hoặc thấp hơn.

Đối với chương trình Hỗ trợ Từ thiện của Scripps:

- Để được hỗ trợ toàn phần, gia đình quý vị phải có thu nhập bằng hoặc dưới 200% so với Hướng dẫn Mức Nghèo đói của Liên bang.
- Nếu thu nhập gia đình cao hơn một chút, từ 201% đến 400% của mức này, quý vị có thể nhận được một phần hỗ trợ hoặc giảm giá.

Việc cung cấp đầy đủ thông tin mà Scripps yêu cầu là rất quan trọng để chúng tôi xác định cách tốt nhất để hỗ trợ quý vị. Sau khi quý vị nộp đầy đủ giấy tờ cần thiết, quý vị sẽ nhận được thư thông báo trong vòng 30 ngày để biết liệu quý vị có nhận được hỗ trợ chi trả hóa đơn y tế không.

**BƯỚC 1:** Đọc danh sách dưới đây và chọn câu trả lời phù hợp nhất để thể hiện thu nhập của quý vị. Đính kèm bản sao các giấy tờ cần thiết. Vui lòng đừng gửi giấy tờ gốc vì quý vị sẽ không nhận lại được. Nếu quý vị quên một số giấy tờ, quá trình xem xét đơn có thể mất thời gian lâu hơn hoặc quý vị có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

Loại Thu nhập	Giấy tờ Yêu cầu
Thu nhập từ việc làm	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (mẫu 1040 của năm thuế hiện tại) <b>HOẶC</b> Bản sao hai phiếu lương gần nhất
Thu nhập từ tự doanh	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (mẫu 1040, bao gồm cả Danh mục C).
Thu nhập từ An sinh Xã hội / Hưu trí:	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (mẫu 1040 của năm thuế hiện tại) <b>HOẶC</b> Bản sao thư thông báo từ Cơ quan An sinh Xã hội nêu rõ khoản thanh toán hàng tháng.
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (mẫu 1040 của năm thuế hiện tại) <b>HOẶC</b> Bản sao thư thông báo nêu rõ khoản thanh toán trợ cấp khuyết tật
Trợ cấp thất nghiệp	Bản sao tờ khai thuế cá nhân (mẫu 1040 của năm thuế hiện tại) <b>HOẶC</b> Bản sao thư xác nhận số tiền trợ cấp hàng tháng

### **BƯỚC 2. Điền và ký vào mẫu đơn đính kèm.**

Quý vị cần Trợ giúp với đơn xin? **VUI LÒNG GỌI** cho Bộ phận Hỗ trợ Tài chính Scripps theo số (877) 727-4777, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều.

### **BƯỚC 3. Gửi đơn và toàn bộ giấy tờ kèm theo đến:**

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance

Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127

**HOẶC** quý vị có thể gửi FAX đơn xin và giấy tờ đính kèm đến Fax: (858) 927-5041



## Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính Bệnh nhân

### Thông tin Đương đơn (Người bảo lãnh)

Tên (họ, tên đệm, tên)		Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	
Địa chỉ		Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP	
Số điện thoại nhà/số di động	Số Tài khoản Người bảo lãnh	Số Hồ sơ Y tế	Số An sinh Xã hội
Tên (họ, tên đệm, tên) của vợ/chồng hoặc Người giám hộ		Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	
Số điện thoại nhà/số di động		Số An sinh Xã hội	
Vợ/chồng hoặc người giám hộ có nộp đơn xin hỗ trợ tài chính không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số Hồ sơ của Đương đơn	Số Hồ sơ Y tế

### HỘ GIA ĐÌNH/NGƯỜI PHỤ THUỘC

Quy mô Hộ gia đình: \_\_\_\_\_ Liệt kê số thành viên gia đình sống cùng quý vị tại nhà, như vợ/chồng, bạn đời đủ điều kiện và trẻ em phụ thuộc dưới 21 tuổi hoặc nếu bị khuyết tật, bất kể độ tuổi. Liệt kê các trẻ em phụ thuộc bị tàn tật của người chăm sóc bệnh nhân.

Họ:	Tên:	Ngày sinh:	Số Hồ sơ Y tế:

Nguồn Thu nhập	Đương đơn	Đồng Đương đơn	Thu nhập Kết hợp Hàng tháng
Việc làm/Tự Doanh			
An sinh Xã hội			
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật			
Khoản thu nhập định kỳ			
Trợ cấp cho vợ/chồng cũ (Cấp dưỡng nuôi con, chu cấp vợ)			
Khác			

**THỎA THUẬN TÀI CHÍNH VÀ ỦY QUYỀN KIỂM TRA BÁO CÁO TÍN DỤNG**

Tôi cam kết rằng tất cả thông tin tôi cung cấp trong đơn này là đúng sự thật. Tất cả các giấy tờ đính kèm là bản sao đúng của bản gốc. Tôi hiểu rằng việc khai báo sai thông tin có thể là hành vi vi phạm pháp luật và tôi sẽ không được hỗ trợ từ chương trình này nếu thông tin không chính xác.

Scripps Health có quyền kiểm tra báo cáo tín dụng và các nguồn khác để xác minh nếu tôi đủ điều kiện

Chữ ký của Bệnh nhân/Người bảo lãnh  <b>X</b>	Ngày (mm/dd/yyyy)
Chữ ký của Vợ/Chồng Bệnh nhân/Người bảo lãnh  <b>X</b>	Ngày (mm/dd/yyyy)

Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một thư thông báo để cho biết liệu quý vị có thể nhận hỗ trợ thanh toán hóa đơn y tế hay không