

Boston Children’s Hospital (“Bệnh viện”) và các Hiệp hội Bác sĩ (“các Hiệp hội”) của mình cam kết giữ vai trò là các nguồn trợ giúp cho trẻ em cần được chăm sóc, bất kể đến khả năng thanh toán. Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này được sử dụng để đánh giá các cơ hội hỗ trợ cho tất cả các dịch vụ chăm sóc cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác mà Bệnh viện và các Hiệp hội cung cấp. Vui lòng in ra và hoàn thành tất cả các mục phù hợp.

Bệnh viện và các Hiệp hội sẽ làm việc với bệnh nhân để làm đơn xin trợ giúp từ các nguồn trợ cấp công cộng (ví dụ Medicaid, Commonwealth Care, và Health Safety Net) nếu phù hợp. Nếu quý vị không làm hồ sơ xin trợ cấp công cộng mà quý vị đủ điều kiện nhận, Bệnh viện và các Hiệp hội có thể từ chối đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào khi hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Nhóm Cố vấn Tài chính của Ban Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân trực tiếp tại Bệnh viện tại 300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115, hoặc bằng cách gọi số (617) 355-7201.

Vui lòng gửi hồ sơ hoàn chỉnh qua thư tới:

Boston Children’s Hospital
Patient Financial Services – Financial Counseling
300 Longwood Avenue
Farley Building Room 160
Boston, MA, 02115

1. Thông Tin Về Người Làm Đơn

Lưu ý 1: Người làm đơn là người hoàn thành mẫu đơn này.

Tên Người Làm Đơn (Tên, Đệm, Họ)	
Quan Hệ Của Người Làm Đơn Với Bệnh Nhân	
Mã Số Hồ Sơ Y Tế Tại Bệnh Viện Nhi Boston Của Bệnh Nhân	
(Các) Ngày Thực Hiện Dịch Vụ Đối Với Hỗ Trợ Tài Chính Được Yêu Cầu	
(Các) Số Tài Khoản Đối Với Hỗ Trợ Tài Chính Được Yêu Cầu	
Số Tiền Được Yêu Cầu	

2. Thông Tin Về Bệnh Nhân Và Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân

Lưu ý 2: Bệnh nhân là đối tượng của đơn xin hỗ trợ; là người đã/đang nhận dịch vụ chăm sóc y tế.

Lưu ý 3: Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân là người chịu trách nhiệm về tài chính cho hóa đơn.

¹ Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Boston Children’s Hospital không áp dụng cho Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy hay bất kỳ mặt hàng nào được cung cấp bởi Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy.

Tên Bệnh Nhân (Tên, Đệm, Họ)	
Ngày Sinh Của Bệnh Nhân	

Số An Sinh Xã Hội Của Bệnh Nhân (nếu được cấp)	
Địa Chỉ Của Bệnh Nhân	<input type="checkbox"/> Sở hữu <input type="checkbox"/> Thuê <input type="checkbox"/> Không áp dụng
Số Điện Thoại Của Bệnh Nhân	
Tên Của Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân	
Địa Chỉ Của Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân	
Quan Hệ Của Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân Với Bệnh Nhân	
Chủ Lao Động Của Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân	
Địa Chỉ Chủ Lao Động Của Người Bảo Đảm Của Bệnh Nhân	

- Vui lòng gửi kèm bằng chứng xác minh địa chỉ cư trú như bằng lái xe, bảng kê thanh toán tiền mua nhà trả góp, hợp đồng thuê nhà, hóa đơn thuế, hóa đơn tiền điện, hóa đơn tiện ích, hay hóa đơn điện thoại.

Bệnh nhân có làm đơn xin trợ cấp công cộng như Medicaid, Commonwealth Care, hay Health Safety Net không?

Có Không Không xác định Kết quả _____

Nếu Có, vui lòng cung cấp kết quả giải quyết đơn.
 Nếu bệnh nhân đang nhận trợ cấp công cộng vào ngày nhận dịch vụ, vui lòng ghi thông tin về nguồn Trợ cấp Công cộng đó trong đơn.
 Nếu đơn xin trợ cấp công cộng của bệnh nhân trước đây đã từng bị từ chối, vui lòng ghi thông tin về quyết định từ chối đó.

Bệnh nhân có bảo hiểm y tế vào ngày nhận dịch vụ không?

Có Không Không xác định Bảo Hiểm Sức Khỏe _____

Nếu bệnh nhân có bảo hiểm vào ngày nhận dịch vụ, vui lòng ghi thông tin về bảo hiểm đó trong đơn.

Bệnh nhân / người bảo lãnh có tiếp cận bảo hiểm sức khỏe thông qua chủ lao động của họ không?

Có Không Không xác định Chủ lao động _____

Bệnh nhân / người bảo lãnh có tự nguyện chấm dứt bảo hiểm trong vòng 60 ngày vừa qua không?

Có Không Không xác định Bảo hiểm _____

Bệnh nhân có một vụ kiện, dàn xếp hòa giải, hay yêu cầu thanh toán trách nhiệm đang chờ giải quyết vào ngày nhận dịch vụ không?

Có Không Không xác định Kết quả _____

Nếu bệnh nhân có một vụ kiện, dàn xếp hòa giải, hay yêu cầu thanh toán trách nhiệm đang chờ giải quyết, vui lòng ghi hiện trạng của các thủ tục đó trong đơn.

Bệnh nhân có tiếp cận nguồn tài trợ bổ sung để giúp thanh toán chi phí của các dịch vụ cần thiết về mặt y tế không?

Có Không Không xác định Nguồn Tài Trợ _____

3. Thông Tin Về Gia đình

Bệnh viện xác định điều kiện hội đủ để tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính dựa trên thu nhập của gia đình. Các mức giảm giá được xác định bằng cách sử dụng Federal Poverty Guidelines (FPG, Hướng dẫn Chuẩn Nghèo Liên bang). Liệt kê thông tin bệnh nhân và (các) phụ huynh và (những) người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân dưới đây (dù họ có sống với bệnh nhân hay không). Ngoài ra cũng liệt kê tất cả các thành viên gia đình của bệnh nhân đang sống với bệnh nhân, bao gồm cả anh chị em dưới 18 tuổi của bệnh nhân đang sống với bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đã kết hôn, hãy ghi thông tin của vợ/chồng của bệnh nhân. Nếu có nhiều hơn 6 thành viên, vui lòng bổ sung thêm trang giấy.

Số Thành viên Trong Gia đình

ID	Tên Thành Viên Trong Gia Đình (Tên, Đệm, Họ)	Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Tuổi
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Thu Nhập Gia Đình

Liệt kê tất cả thu nhập trước thuế của gia đình cho các giai đoạn 6 và 12 tháng trước ngày nhận dịch vụ liên quan đến yêu cầu hỗ trợ tài chính này. Thu nhập gộp trước thuế của gia đình là khoản chưa tính thuế bao gồm tiền lương, trợ cấp thất nghiệp, đền bù cho người lao động, và khoản tiền từ các dạng thu nhập khác. Thu nhập gia đình cần được liệt kê cho bệnh nhân, (các) phụ huynh và (những) người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân (dù họ có sống với bệnh nhân hay không), và cả anh chị em dưới 18 tuổi của bệnh nhân đang sống với bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đã kết hôn, thu nhập gia đình cần bao gồm cả thu nhập của vợ/chồng của bệnh nhân. Có thể liệt kê nhiều nguồn cho mỗi loại thu nhập.

Kiểu Thu Nhập Của Gia Đình	(Các) Nguồn Từ (Các) Thành Viên Trong Gia Đình	Thu Nhập Trước Thuế 6 Tháng Vừa Qua	Thu Nhập Trước Thuế 12 Tháng Vừa Qua
Tiền Lương			
Tiền Trợ Cấp Thất Nghiệp			
Bồi Thường Tai Nạn Nghề Nghiệp Cho Người Lao Động			
Trợ Cấp Công Cộng			
Lương Hưu / Hưu Trí			
Cho Thuê Nhà			
Trợ Cấp Khuyết Tật			
Cấp Dưỡng Nuôi Con (nếu chưa ghi trong mục tiền lương)			
Trợ Cấp Từ Vợ/Chồng Cũ (nếu chưa ghi trong mục tiền lương)			
An Sinh Xã Hội			
Cổ Tức / Lãi / Bản Quyền			
Nguồn khác			
Tổng			

- Vui lòng gửi kèm bằng chứng xác minh thu nhập, bao gồm bản khai hoàn thuế của năm trước, các mẫu W2 của năm trước, 4 phiếu lương gần đây hay giấy xác nhận từ Chủ Lao Động, chi phiếu An Sinh Xã Hội, chi phiếu Trợ Cấp Khuyết Tật, hay bản cam đoan kèm tuyên thệ có chữ ký tuyên bố là không có thu nhập.

5. Chứng nhận và Chữ ký

Tôi yêu cầu Bệnh viện xác định điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ tài chính. Tôi hiểu rằng thông tin này được bảo mật và có thể sẽ được Bệnh viện xác minh. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp là sai sự thật, tôi có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính và phải chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ mà Bệnh viện và Hiệp hội đã cung cấp. Bằng văn bản này, tôi cam đoan rằng thông tin trong đơn này là hoàn chỉnh và chính xác với hiểu biết tốt nhất của tôi và tôi hiểu về quy trình và các trách nhiệm của tôi.

Tên Người Làm Đơn (Tên, Đệm, Họ)	
Chữ ký	Ngày