

CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH, THANH TOÁN VÀ THU TIỀN A: DANH SÁCH GIẤY TỜ ĐƯỢC PHÊ DUYỆT

Chúng tôi sẽ xem xét và cân nhắc thu nhập tài chính của hộ gia đình đối với các dịch vụ có thể được chiết khấu. Đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính phụ thuộc vào một số điều bao gồm nhưng không giới hạn ở việc làm, mức thu nhập và số lượng người phụ thuộc mà người đăng ký có thể có. Để đăng ký, quý vị phải cung cấp một số giấy tờ nhất định từ mỗi danh mục thuộc danh sách bên dưới. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi www.ejghc.org/patients-visitors/bills-payments

Giấy tờ Nhận dạng Chấp nhận được (Phải mang 1)

- Bằng Lái xe Hợp lệ
- Thẻ Căn cước Hợp lệ
- Phù hiệu Cơ sở LCMC có ảnh
- Thẻ Cư trú cho Người nước ngoài (Mẫu I-551)
- Thẻ Xanh Cư trú cho Người nước ngoài (Mẫu I-688) Hộ chiếu Hợp lệ
- Thẻ Căn cước Quân nhân

Hình thức Cư trú Chấp nhận được

- Giấy phép Lái xe Hợp lệ của Louisiana
- Thẻ Căn cước Louisiana Hợp lệ
- Hóa đơn Tiện ích hiện tại có ghi tên và địa chỉ và/hoặc Biên lai dịch vụ tiện ích có ghi tên và địa chỉ
- Thư về Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện Medicaid, GNOCHC hoặc Take Charge hiện tại
- Thư, séc và/hoặc bản in Hưởng trợ cấp An sinh Xã hội Hiện tại
- Hồ sơ trường học hiện tại xác thực địa chỉ
- Bản kê thanh toán hiện tại hoặc thư bàn công việc đến từ Tiểu bang/Giáo xứ/Thành phố
- Hợp đồng thuê hiện tại, và/hoặc thư xác thực trên tiêu đề thư thích hợp cho biết địa chỉ
- Thẻ Đăng ký Cử tri
- Đăng ký Xe

Các mục Xác thực Người phụ thuộc Được chấp nhận (Bao gồm Vợ/chồng là Người phụ thuộc)

- Thư về Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện Medicaid Hiện tại
- Thẻ An sinh Xã hội
- Giấy Khai sinh
- Khai Thuế Thu nhập Năm Trước
- Hồ sơ Trông nom hoặc giấy tờ Giám hộ Hợp pháp
- Hồ sơ Trường học
- Bất kỳ Giấy tờ Hợp lý nào cho thấy mối quan hệ của cha mẹ (người giám hộ) và con cái

Các hình thức Xác minh Thu nhập Chấp nhận được

- Cuống phiếu lương ba mươi ngày liên tục hoặc một tháng
- Thu nhập từ quỹ tín thác, cổ tức, tiền lãi bằng việc cung cấp giấy tờ về Khoản Thu nhập Gộp
- Cuống Séc Thu nhập Hưu trí Hiện tại
- Thư Trả tiền An sinh Xã hội Hiện tại cho cả hai vợ chồng và bất kỳ trẻ nào Thụt từ Nhà tuyển dụng hiện tại (chỉ khi được thanh toán bằng tiền mặt)
- Thư Trợ cấp của Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh hiện tại
- Bản kê Cấp dưỡng Con cái Hiện tại hoặc Quyết định Ly hôn
- Bảng chứng hiện tại về tiền gửi thu nhập cố định trực tiếp bằng cách cung cấp giấy tờ có ghi Khoản Thu nhập Gộp
- Cá nhân tự kinh doanh hiện tại - Biểu mẫu Thuế Thu nhập 1040 năm trước với tất cả các bản đính kèm
- Bản sao hồ sơ (IRS đã xác thực)
- Thư hỗ trợ hiện tại nếu thất nghiệp/không có nguồn thu nhập và sống với người thân hoặc bạn bè
- Bảng sao kê ngân hàng hiện tại nếu sống phụ thuộc vào tiền tiết kiệm và không có nguồn thu nhập nào bằng cách cung cấp bảng sao kê ngân hàng gần đây nhất
- Thu nhập từ tiền cấp dưỡng sau ly hôn hoặc cấp dưỡng cho vợ chồng

Thông tin Nguồn lực/Tài sản (Ngoài các tài liệu trên)

- Thuế Thu nhập Gần đây Nhất (Đối với các cá nhân tự kinh doanh, xem bên dưới*) Nếu quý vị không nộp một bản khai thuế thu nhập cho năm gần đây nhất, cần phải lấy bản kê từ IRS bằng phương thức tương tự như Hồ sơ IRS để xác nhận.
- Báo cáo Lãi và Lỗ Mới nhất (ít nhất 2 quý) dành cho Chủ Doanh nghiệp
- Thuế Thu nhập Gần đây nhất của Doanh nghiệp nếu người đăng ký sở hữu hơn 5% Công ty hợp danh hoặc Tập đoàn
- Bảng sao kê gần đây nhất cho từng tài khoản séc, tài khoản tiết kiệm, quỹ tương hỗ/tài khoản thị trường tiền tệ, tài khoản IRA, tài khoản Chứng chỉ Tiền gửi (CD), và bất kỳ tài khoản an sinh hoặc tài khoản đầu tư nào khác Các bảng sao kê gần đây nhất cho Cổ phiếu, trái phiếu, v.v.
- Giấy tờ thẩm định giá trị đất đai không bao gồm nhà cửa vườn tược. Giấy tờ tài chính có số dư khoản vay hoặc thế chấp để xác định giá trị vốn chủ sở hữu
- Thông tin về tất cả xe cơ giới, bao gồm ô tô, xe tải, RV, xe máy, tàu thuyền, xe địa hình và máy bay trong hộ gia đình quý vị

ĐƠN ĐĂNG KÝ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

PHẦN MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Viết in hoa tên đầy đủ của quý vị, địa chỉ của quý vị tại thời điểm quý vị nhận được dịch vụ y tế và các thông tin khác được

Số Tài khoản _____ (Các) ngày sử dụng Dịch vụ _____

Tên: Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Giáo xứ: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số An sinh Xã hội: ____-____-____ Ngày sinh: ____/____/____

Điện thoại Nhà: (____) _____ Điện thoại Khác: (____) _____

Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Hoa Kỳ không? Có Không

Quý vị có bảo hiểm y tế (ngoài Medicaid) tại thời điểm sử dụng dịch vụ không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm và bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị. Có Không

Tên bảo hiểm: _____

Ngày bảo hiểm có hiệu lực: ____/____/____

Người đăng ký Tên: _____

Ngày Sinh của Người đăng ký: ____/____/____

ID Người đăng ký: _____ Số Nhóm: _____

PHẦN HAI: THU NHẬP GIA ĐÌNH

Cung cấp thu nhập của bản thân, vợ/chồng của quý vị và tất cả các thành viên khác trong gia đình (nếu có.)

Nguồn Thu nhập Hàng tháng	Thu nhập Gộp Hàng tháng Hiện tại		Tổng Thu nhập Gia đình trong 3 tháng trước ngày sử dụng dịch vụ	Loại xác minh thu nhập đính kèm – bằng chứng thu nhập được yêu cầu để xử lý đơn đăng ký của quý vị
	Bệnh nhân	Vợ/Chồng/Khác		
Tiền lương/Tự kinh doanh, Cấp dưỡng nuôi con và cấp dưỡng sau ly hôn	\$	\$	\$	Bản sao phiếu lương gần đây nhất hoặc thư trả thu nhập (trong ba tháng trước)
An sinh Xã hội	\$	\$	\$	Thư trợ cấp An sinh Xã hội
Thu nhập Lương hưu, Cổ tức, Tiền lãi, Cho thuê	\$	\$	\$	Thư trợ cấp hưu trí, Bảng kê Cổ tức/Lãi suất
Trợ cấp Thất nghiệp, Bồi thường cho Người lao động	\$	\$	\$	Thư trợ cấp thất nghiệp, thư trợ cấp Bồi thường cho Người lao động

LƯU Ý: Nếu quý vị báo thu nhập \$0, vui lòng đưa ra giải thích ngắn gọn về cách quý vị (hoặc bệnh nhân) đang chi trả các nhu cầu sống cơ bản:

(Phải cung cấp một bản kê hỗ trợ.)

PHẦN BA: THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị có tên trên tờ khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất và

Vui lòng cung cấp thông tin sau cho tất cả những người trong gia đình quý vị đang sống trong nhà quý vị. Theo mục đích của chính sách này, gia đình được định nghĩa là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân và tất cả con cái của bệnh nhân dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ nuôi của bệnh nhân và (các) con dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình, bao gồm bệnh nhân	Ngày sinh	Quan hệ với Bệnh nhân
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận tất cả thông tin tôi đã nêu trong đơn đăng ký này và trên bất kỳ bản đính kèm nào là đúng sự thật.

Chữ ký của Bên Chịu trách nhiệm _____ Ngày: _____

Gửi lại đơn đăng ký đã hoàn thành của quý vị cho:

East Jefferson General Hospital
Attn: Manager, Financial Assistance
4200 Houma Blvd.
Metairie, LA 70006

Bản sao của Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Mẫu Đơn đăng ký và Bản tóm tắt của chúng tôi có sẵn bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.

BẢN KÊ HỖ TRỢ VÀ XÁC MINH CỦA BÊN THỨ BA

Tên Bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

Số MRN: _____

ĐIỀU KHOẢN PHẠT, TUYÊN BỐ XÁC NHẬN VÀ ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN

Tôi xác nhận thông tin được đưa ra để hoàn thành đơn đăng ký này là đúng sự thật. Ngoài ra, tôi hiểu rằng theo Đạo luật Tiểu bang Louisiana năm 1924, việc cung cấp thông tin sai có thể được coi là “Gián lận trong Chăm sóc Sức khỏe” nhằm cố gắng lừa gạt bệnh viện với mục đích lấy hàng hóa và dịch vụ, bao gồm cả các mặt hàng được phẩm, là một trọng tội.

HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

TÔI, _____, cung cấp \$ _____ tháng trước cho bệnh nhân được đề cập dưới đây.

HỖ TRỢ SẮP XẾP CUỘC SỐNG CỦA BÊN THỨ BA

TÔI, _____ (người hỗ trợ), cung cấp tiền ăn ở và hỗ trợ khác cho bệnh nhân được đề cập dưới đây. Người đó không phải trả tiền thuê nhà cho tôi. Tôi phải cung cấp bằng chứng về địa chỉ để xác thực. Tôi sẽ cung cấp cho bệnh nhân hóa đơn chi phí hiện tại hoặc giấy tờ về hộ gia đình khác để anh ấy/cô ấy cho quý vị thấy địa chỉ hiện tại của tôi.

THANH TOÁN CỦA BÊN THỨ BA vào tài khoản tín dụng của bệnh nhân

TÔI, _____ (bên chịu trách nhiệm), xác nhận tôi là người chịu trách nhiệm chi trả các khoản thanh toán liên quan đến (các) chi phí dưới đây nhân danh bệnh nhân được đề cập. Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp bằng chứng thanh toán. Vui lòng gửi bằng chứng bằng văn bản kèm với bệnh nhân để đánh giá tài chính của bệnh nhân. (Cung cấp thông tin bổ sung trên trang riêng.)

Tên chi phí: _____ Số lượng: _____

Tên chi phí: _____ Số lượng: _____

Tên chi phí: _____ Số lượng: _____

Loại Khoản vay Tham chiếu hoặc Số Khoản vay: _____

***Cần phải có chữ ký nếu người của bên thứ ba không có mặt tại thời điểm Đánh giá Tài chính**

Chữ ký của Bệnh nhân/Người đại diện

Tên in hoa của Bệnh nhân/Người Đại diện

Ngày

*Chữ ký của Người hỗ trợ Bên thứ ba

Tên in hoa của Người hỗ trợ Bên thứ ba

Ngày

Bệnh viện Đa khoa Đông Jefferson
Chữ ký của Người đại diện

Bệnh viện Đa khoa Đông Jefferson
Tên In hoa của Người đại diện

Ngày Nhận Mẫu đơn