



HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION INSTRUCTIONS (VIETNAMESE)

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc từ thiện) ở Stanford Medicine. Cho các mục đích hỗ trợ tài chính, “Stanford Medicine” sẽ bao gồm Stanford Medicine Health Care, Stanford Medicine Tri-Valley và Stanford Medicine Partners. Ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế, quý vị vẫn có thể đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính dựa trên quy mô và thu nhập của gia đình. Khoản hỗ trợ tài chính có thể không chi trả hết mọi chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm những dịch vụ được cung cấp bởi các tổ chức khác. Quý vị sẽ được hỗ trợ nếu đáp ứng các nguyên tắc hỗ trợ tài chính, bao gồm nếu thu nhập của hộ gia đình quý vị ở mức 400% hoặc thấp hơn Mức Nghèo Liên Bang. Các dịch vụ tương lai sẽ được xem xét dựa trên mức độ cần thiết về mặt y tế và gánh nặng chi phí y tế do bệnh hiểm nghèo.

Stanford Medicine có nhiều lựa chọn dành cho bệnh nhân không có bảo hiểm, hoặc có mức bảo hiểm thấp. Các lựa chọn hỗ trợ tài chính của chúng tôi bao gồm:

Không Cần Nộp Đơn Xin Hỗ Trợ

- **Giảm Chi Phí Cho Người Không Có Bảo Hiểm** – Có thể không áp dụng với một số dịch vụ.
- **Các Kế Hoạch Thanh Toán Không Lãi Suất** – Số dư thường được thanh toán trong khoảng 6-12 tháng.

Cần Nộp Đơn Xin Hỗ Trợ

- **Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần** – 100% số tiền bệnh nhân phải chi trả. Có thể không áp dụng với một số dịch vụ.
- **Gia Hạn Các Kế Hoạch Thanh Toán Không Lãi Suất** – Số dư thường được thanh toán trong khoảng 12-18 tháng.

Để đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị được xử lý, quý vị cần phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị; điền số thành viên trong hộ gia đình quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, hôn nhân hay nhận nuôi và cùng chung sống với nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về mức thu nhập gộp hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản giảm trừ)
- Đính kèm các thông tin bổ sung nếu cần (ví dụ như thư hỗ trợ xác nhận thông tin)
- Ký và ghi rõ ngày tháng nộp đơn

Với các đơn xin hỗ trợ tài chính và tài liệu hỗ trợ bằng tiếng Anh, quý vị có thể nộp tài liệu qua MyHealth. Với các loại đơn khác, vui lòng tiếp tục nộp qua thư, email, fax hoặc đến nộp trực tiếp. Stanford Medicine sẽ tôn trọng tính bảo mật và danh dự của từng bệnh nhân. Mọi thông tin được nộp để xin hỗ trợ tài chính sẽ được coi là thông tin y tế được bảo vệ theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA).

<p>Stanford Medicine Health Care hoặc Stanford Medicine Partners 500 Pasteur Drive Palo Alto, CA 94304</p> <p>Phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng Điện Thoại: (800) 549-3720 Thứ Hai-Thứ Sáu 9:00 sáng - 5:00 chiều</p> <p>stanfordhealthcare.org/ financial-assistance</p>	<p>Stanford Medicine Tri-Valley 5555 W Las Positas Blvd Pleasanton, CA 94588</p> <p>Phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng Điện Thoại: (800) 549-3720 Thứ Hai-Thứ Sáu 9:00 sáng - 5:00 chiều</p> <p>stanfordhealthcare.org/ tri-valley/patients-and-visitors/financial- assistance.html</p>
---	--

Để biết thêm thông tin về hỗ trợ tài chính, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thiện đơn, vui lòng liên hệ phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng, hoặc truy cập trang web Hỗ Trợ Tài Chính của cơ sở nơi quý vị đang điều trị. Quý vị có thể được trợ giúp với bất cứ lý do gì, bao gồm cả hỗ trợ cho người khuyết tật và hỗ trợ về mặt ngôn ngữ. Khi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị cho phép cho chúng tôi đặt những câu hỏi cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CẦN CUNG CẤP KHI NỘP ĐƠN

Bằng Chứng về Thu Nhập (POI): Vui lòng cung cấp các tài liệu POI liên quan đến tình hình tài chính hiện tại của quý vị. Nếu quý vị không nộp các tài liệu hỗ trợ theo yêu cầu, thì quá trình xử lý đơn của quý vị có thể bị trì hoãn, dẫn đến việc đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị bị từ chối. Vui lòng gửi các tài liệu của quý vị tới địa chỉ cụ thể bên dưới:

Dưới đây là danh sách các tài liệu POI cần nộp để được xét duyệt Hỗ Trợ Tài Chính SHC.	
Loại Thu Nhập	Tài liệu cần nộp
Thu Nhập Từ Công Việc	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại (Nếu khai có người phụ thuộc, cần phải khai thuế) <i>hoặc</i> Bản sao của hai bảng lương liên tiếp gần nhất (đối với người nộp đơn và người cùng nộp đơn, nếu có)
Tự Kinh Doanh	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
An Sinh Xã Hội/Hưu Trí:	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại <i>hoặc</i> Bản sao Thư Trao Nhận từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội, trong đó nêu rõ khoản tiền được trả hàng tháng <i>và</i> Bản sao thông báo nhận tiền hàng tháng hoặc thư cấp Hưu Trí.
Khuyết Tật	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại <i>hoặc</i> Bản sao Thư Trao Nhận tiền trợ cấp khuyết tật, trong đó nêu rõ khoản tiền trợ cấp khuyết tật được trả hàng tháng
Thất Nghiệp	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại <i>hoặc</i> Bản sao Thư Trao Nhận trợ cấp thất nghiệp, trong đó nêu rõ khoản tiền hỗ trợ được nhận hàng ngày, hàng tuần, hoặc hàng tháng
Hỗ Trợ Dành Cho Vợ/Chồng	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại, trong đó có nêu khoản thu nhập này. <i>hoặc</i> Bản sao thư chính thức từ tòa án, trong đó nêu rõ số tiền được nhận hàng tháng
Thu Nhập Kiếm Được Từ Tài Sản Cho Thuê	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao Biểu Mẫu Lịch Trình 1
Thu Nhập Từ Đầu Tư	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
Bằng Chứng về Người Phụ Thuộc	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
Bằng Chứng Ghi Danh Học (Đối với học sinh, sinh viên)	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao thư đăng ký/ghi danh học, hoặc bảng điểm tại trường cao đẳng hay đại học của quý/học kỳ hiện tại. <i>và</i> Thư/email từ người nộp đơn giải trình về việc các chi phí hàng tháng hiện đang được hỗ trợ chi trả bằng cách nào (nếu không có nguồn thu nhập nào được báo cáo)
Thư Hỗ Trợ	<ul style="list-style-type: none"> Thư/email từ người nộp đơn giải trình về việc các chi phí hàng tháng hiện đang được hỗ trợ chi trả bằng cách nào (nếu không có nguồn thu nhập nào được báo cáo)

Các loại tài liệu sau đây không được chấp nhận để xét duyệt Hỗ Trợ Tài Chính của Stanford Medicine

- Biểu Mẫu 1099
- Biểu Mẫu W-2
- Bản Sao Kê Ngân Hàng
- Bản Khai Thuế
- Danh Sách Các Chi Phí Cá Nhân
- Bản Sao Các Khoản Thanh Toán

Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức trong phạm vi có thể để nhanh chóng xử lý đơn của quý vị, và sau khi đơn đã được xét duyệt, quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả. Quý vị có thể gửi đơn hoàn chỉnh kèm các tài liệu hỗ trợ tới địa chỉ:

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

Quý vị cũng có thể gửi đơn qua fax đến (650) 493-8623 hoặc qua email đến FAA@stanfordhealthcare.org để được xử lý nhanh hơn.



Health Care

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

NGÀY NỘP: _____

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Vui lòng in ra tất cả các thông tin.

VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính, kể cả khi quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ.
- Sau khi quý vị gửi đơn, chúng tôi có thể cần xác nhận thông tin và yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập của quý vị.

1. THÔNG TIN GIA ĐÌNH

(VUI LÒNG CHO BIẾT TÊN CỦA TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI XIN XÉT DUYỆT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH)

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế

Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng liệt kê cha mẹ/người giám hộ với tư cách là người nộp đơn và người cùng nộp đơn.

2. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: Bản Thân Vợ/Chồng/Bạn Đời Phụ Huynh Khác

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân Đã Kết Hôn Có Bạn Đời Sống Chung Đã Ly Hôn Đã Ly Thân Góa Bụa
 Nếu quý vị chọn "Đã Kết Hôn", vui lòng hoàn thành Mục 3.

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Là Công Dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ngày Sinh:	Số Người Phụ Thuộc (Ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)	Độ Tuổi của Người Phụ Thuộc	Số Điện Thoại Nhà ()		
Địa Chỉ Khu Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Quận	Mã Zip	
Chủ Lao Động Hiện Tại	Địa Chỉ Khu Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Chức Vụ	

* Nếu hiện tại quý vị không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp trong khoảng bao lâu?

3. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI CÙNG NỘP ĐƠN

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: Vợ/Chồng Cha Mẹ

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Là Công Dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ngày Sinh:	Số Người Phụ Thuộc (ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)	Độ Tuổi của Người Phụ Thuộc	Số Điện Thoại Nhà ()		
Địa Chỉ Khu Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Quận	Mã Zip	
Chủ Lao Động Hiện Tại	Địa Chỉ Khu Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Chức Vụ	

* Nếu hiện tại quý vị không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp trong khoảng bao lâu?

4. CÁC BẢO HIỂM KHÁC (MỌI CÂU HỎI ĐỀU LÀ VỀ BỆNH NHÂN)		Đánh dấu vào câu trả lời phù hợp
1.	Bệnh nhân có bảo hiểm y tế không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên Loại Bảo Hiểm Y Tế: _____ Số Điện Thoại Bên Bảo Hiểm: _____ Tên Người Đăng Ký: _____ Số Định Danh của Thành Viên/Bệnh Nhân: _____ Thời Hạn Hiệu Lực: _____ Tên Nhóm/Chủ Lao Động: _____ Số Hiệu Nhóm: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.	Bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ y tế của tiểu bang không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên Chương Trình: _____ Quận: _____ Số Định Danh Bệnh Nhân: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.	Bệnh nhân có đang được điều trị cho các thương tổn được chi trả bởi khoản Bồi Thường Cho Người Lao Động không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Bên Chi Trả Bồi Thường Cho Người Lao Động: _____ Tên Người Đàm Phán Bồi Thường: _____ Số Điện Thoại Người Đàm Phán Bồi Thường: _____ Ngày Xảy Ra Vụ Việc: _____ Số Yêu Cầu Thanh Toán/Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.	Bệnh nhân có đang được điều trị cho các thương tổn được chi trả bởi Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba như Công Ty Bảo Hiểm Xe Hơi không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Hãng Bảo Hiểm hoặc Luật Sư: _____ Số Điện Thoại của Hãng Bảo Hiểm hoặc Luật Sư: _____ Ngày Xảy Ra Vụ Việc: _____ Số Yêu Cầu Thanh Toán/Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.	Bệnh Nhân có phải là Nạn Nhân Của Một Vụ Án không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Nhân Viên Phụ Trách Vụ Việc: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Phụ Trách Vụ Việc: _____ Số Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

5. THÔNG TIN VỀ THU NHẬP			
Nguồn Thu Nhập Hàng Tháng	Người Nộp Đơn	Người Cùng Nộp Đơn	Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (Người Nộp Đơn + Người Cùng Nộp Đơn)
Thu Nhập Từ Công Việc	\$	\$	\$
An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$
Khuyết Tật	\$	\$	\$
Thất Nghiệp	\$	\$	\$
Hỗ Trợ Dành Cho Vợ/Chồng	\$	\$	\$
Thu Nhập Từ Cho Thuê Tài Sản	\$	\$	\$
Thu Nhập Từ Đầu Tư	\$	\$	\$
(Các) Khác - vui lòng điền vào khoảng trống này	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Tổng Cộng Thu Nhập Hàng Tháng			\$

6. CHỮ KÝ

Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin ở đây là hợp lệ và đầy đủ, và ủy quyền cho Stanford Medicine Health Care yêu cầu và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào ở trên nếu thấy cần thiết.

Người Nộp Đơn

Ngày

Người Cùng Nộp Đơn

Ngày

Gửi lại đơn hoàn chỉnh tới:

**Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
Fax: (650) 493-8623
E-mail: FAA@stanfordhealthcare.org**