



Đơn Đăng Ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính Bệnh Viện
P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
Điện thoại: 470-245-9998

THÔNG TIN BỆNH NHÂN	Công dân Hoa Kỳ: <input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
----------------------------	---

Số tài khoản: _____ Tên cơ sở: _____

Tên: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày sinh: _____

THÔNG TIN NGƯỜI BẢO LÃNH và VỢ/CHỒNG	<input type="radio"/>	Kết hôn	<input type="radio"/>	Ly hôn	<input type="radio"/>	Ly thân	<input type="radio"/>	Góa	<input type="radio"/>	Độc thân
---	-----------------------	---------	-----------------------	--------	-----------------------	---------	-----------------------	-----	-----------------------	----------

Tên người bảo lãnh: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Địa chỉ nhà: _____

Điện thoại: (____) _____ Điện thoại khác: (____) _____

Chủ sở hữu lao động 1: _____ Địa chỉ: _____ Lương theo năm _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian hay thất nghiệp (khoanh tròn thích hợp)
Điện thoại nơi làm việc: _____ Chức vụ: _____ hoặc theo giờ: _____

Chủ sở hữu lao động 2: _____ Địa chỉ: _____ Lương theo năm _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian hay thất nghiệp (khoanh tròn thích hợp)
Điện thoại nơi làm việc: _____ Chức vụ: _____ hoặc theo giờ: _____

Tên vợ/chồng: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày sinh: ____/____/____ Chủ sở hữu lao động 1: _____ Địa chỉ: _____

Điện thoại nơi làm việc: _____ Chức vụ: _____ Lương theo năm _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian hay thất nghiệp (khoanh tròn thích hợp)
hoặc theo giờ: _____

Chủ sở hữu lao động 2: _____ Địa chỉ: _____ Lương theo năm _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian hay thất nghiệp (khoanh tròn thích hợp)
: _____ Chức vụ: _____ hoặc theo giờ: _____

Người phụ thuộc theo pháp luật (Chỉ liệt kê những người phụ thuộc có thể yêu cầu điền trong biểu mẫu thuế liên bang của quý vị.

Tên (tên, đệm, họ)	Ngày sinh (mm/dd/yy)	Mối quan hệ	
	/ /		Quý vị đã đăng ký Medicaid chưa? Rồi _____ Chưa _____
	/ /		
	/ /		Quý vị có đủ điều kiện nhận Cobra không? Có _____ Không _____
	/ /		
	/ /		

Tài sản và các nguồn thu nhập khác

Số dư tài khoản: \$ _____ Tên ngân hàng: _____ Số dư sổ tiết kiệm: \$ _____ Tên ngân hàng: _____

Số dư tài khoản thị trường tiền tệ: \$ _____ Tên ngân hàng: _____ An Sinh Xã Hội: \$ _____ Lương hưu hàng tháng: \$ _____

Tiền cấp dưỡng: \$ _____ Hỗ trợ nuôi con: \$ _____ CDs: _____

Các tài khoản khác, như cổ phiếu, trái phiếu, v.v. _____ Loại: _____

Quý vị có nhận được Hoàn Trả Khoản Vay Sinh Viên không? Có hoặc Không (Khoanh tròn) Số tiền hoàn trả: \$ _____

Quý vị có nộp đơn xin phá sản trong 3 năm qua không? Có hoặc Không (Khoanh tròn) Nếu có, hãy ghi ngày: ____/____/____

Quý vị có sở hữu tài sản cho thuê nào không? Có hoặc Không (Khoanh tròn) Nếu có thì khoản thu hàng tháng là bao nhiêu? \$ _____

Giá trị tài sản: \$ _____

Hệ Thống Y Tế Wellstar cam kết hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân cần chăm sóc y tế tại các Bệnh Viện Wellstar nhưng gặp hạn chế hoặc không có thể chi trả cho sự chăm sóc đó. Wellstar sẽ chăm sóc y tế khẩn cấp cho tất cả các cá nhân, bất kể họ có khả năng chi trả hay khả năng hội đủ điều kiện theo Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.

Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính tại bệnh viện Wellstar, cần hợp tác với Wellstar trong việc xác định các nguồn thanh toán hoặc bảo hiểm thay thế từ các chương trình thanh toán công hoặc tư. Điều kiện nhận hỗ trợ tài chính:

Thông tin đăng ký:

Nộp đơn xin hỗ trợ tài chính xác thực, chính xác, có chữ ký và điền đầy đủ thông tin; và

Tất cả những người nộp đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính phải đưa ra bằng chứng Thu Nhập Hộ Gia Đình và Tài Sản Hộ Gia Đình bằng cách cung cấp những giấy tờ sau nếu có:

Cung cấp các giấy tờ theo dựa trên tình hình tài chính HIỆN TẠI:

- Cung cấp bảng lương ba (3) tháng gần nhất hoặc tờ khai của chủ sở hữu lao động xác nhận tổng lương VÀ sao kê ngân hàng hai (2) tháng gần nhất của tài khoản, sổ tiết kiệm, tài khoản thị trường tiền tệ hoặc tài khoản ngân hàng hay đầu tư khác đối với hộ gia đình
- Mẫu IRS 1040 VÀ IRS W-2/1099 gần đây nhất (nếu có) được ban hành trong năm vừa qua để đối chiếu với IRS Form 1040
Giấy tờ bổ sung (nếu có):
 - Các báo cáo bằng văn bản trong hai (2) tháng gần nhất với tất cả các khoản thu nhập khác (như bồi thường thất nghiệp, trợ cấp khuyết tật, về hưu, nợ sinh viên, thông báo xác nhận quyền lợi từ Văn Phòng An Sinh Xã Hội, Báo Cáo Kết Quả Kinh Doanh hiện tại đối với người tự kinh doanh, giấy tờ cấp dưỡng theo lệnh của tòa án, giấy tờ hỗ trợ nuôi con theo lệnh của tòa án, hoặc Báo Cáo Hoạt Động Thẻ Quyền Lợi (TANF), v.v. đối với hộ gia đình)
 - Nếu thất nghiệp dưới 3 tháng--Thông Báo Thôi Việc từ chủ sở hữu lao động trước
 - Nếu thất nghiệp trên 3 tháng--Truy Vấn Lương (Bộ Lao Động)
 - Thư từ chối bồi thường thất nghiệp
 - Giấy tờ về giá trị tài sản, bao gồm nhưng không giới hạn, tờ khai thuế tài sản, Chứng Nhận Tiền Gửi, và các báo cáo đầu tư khác
 - Báo cáo đóng góp từ các cá nhân đóng góp thu nhập hoặc hỗ trợ bằng hiện vật cho bệnh nhân

Không thay đổi hoặc chỉnh sửa trên các tài liệu được phép.

Thông tin này phải được nhận trong vòng 30 ngày để xử lý đơn đăng ký của quý vị. Những tài khoản đủ điều kiện nhận Đánh Giá Hỗ Trợ Tài Chính theo Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Hệ Thống Y Tế Wellstar phải điền đơn đăng ký và nộp trong vòng 240 ngày kể từ ngày sao kê hóa đơn xuất viện lần đầu. Wellstar có quyền không xử lý tài khoản của quý vị cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính, nếu không tuân thủ. Nếu có câu hỏi hoặc cần hỗ trợ về đơn đăng ký này, quý vị có thể liên hệ với Wellstar tại địa chỉ:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, Fax: 770-792-1737 hoặc Điện thoại: 470-245-9998.

Nhận xét:

Tôi yêu cầu Wellstar xác định khả năng hội đủ điều kiện của tôi cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính. Tôi hiểu rằng thông tin tôi nộp về thu nhập hàng năm và quy mô gia đình của tôi phải được xác thực. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin tôi nộp được xác định là sai sẽ dẫn đến việc từ chối Hỗ Trợ Tài Chính cho tôi. Tôi cũng đồng ý tuân thủ quy trình đăng ký và sàng lọc đối với mọi hỗ trợ (ví dụ: Medicaid, Medicare, State Aid (với bệnh ung thư), Vocational Rehab, Bảo hiểm, v.v.) có thể dùng để thanh toán các khoản phí Wellstar của tôi. Tôi sẽ hoàn toàn hợp tác trong việc thực hiện các hành động có thể coi là cần thiết để nhận được hỗ trợ đó và sẽ chỉ định hoặc trả cho Wellstar số tiền thu hồi với các khoản phí của Wellstar. Tôi đồng ý thanh toán số dư còn lại sau khi thực hiện điều chỉnh Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính. Không làm vậy có thể dẫn tới thu hồi các khoản chiết khấu cho Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính. Đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính hoàn chỉnh được áp dụng với mỗi người bảo lãnh.

Tôi khẳng định những thông tin trên là sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi.

Chữ ký của người bảo lãnh: _____ Ngày: _____