

Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính - Bản Tóm Tắt Theo Ngôn Ngữ Đơn Giản

Chính Sách/Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính (FAP) của Infirmary Health (IH) tồn tại để cung cấp cho các bệnh nhân đủ điều kiện tư cách, một phần hoặc toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế tại bệnh viện. Bệnh nhân mong muốn được Hỗ Trợ Tài Chính phải đăng ký tham gia chương trình, nội dung chương trình được tóm tắt như sau.

Các Dịch Vụ Đủ Điều Kiện – Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khẩn cấp và/hoặc cần thiết về mặt y tế được cung cấp và báo giá bởi các bệnh viện liên kết với IH: Mobile Infirmary Medical Center, Thomas Hospital, North Baldwin Infirmary và Infirmary LTAC Hospital. FAP chỉ áp dụng với các dịch vụ được báo giá bởi những Bệnh Viện trên. Các dịch vụ khác được báo giá riêng biệt bởi các nhà cung cấp khác, như là bác sĩ hoặc phòng thí nghiệm, là không đủ điều kiện theo FAP.

Các Bệnh Nhân Đủ Điều Kiện - Các bệnh nhân nhận được các dịch vụ đủ điều kiện, những người đã nộp một Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính đầy đủ (bao gồm các tài liệu/thông tin liên quan), và những người đã được quyết định là đủ điều kiện tư cách để nhận Hỗ Trợ Tài Chính bởi Hội Đồng Hỗ Trợ Tài Chính IH.

Cách Đăng Ký – Các Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính có thể được lấy/hoàn thiện/nộp như sau:

- Lấy đơn đăng ký tại mỗi bàn Đăng Ký chính hoặc bàn Đăng Ký Khẩn Cấp của bệnh viện.
- Yêu cầu được gửi mẫu đơn đăng ký dưới dạng thư tới địa chỉ của quý vị bằng cách gọi Bộ Phận Dịch Vụ Kinh Doanh Bệnh Nhân IH theo số 251-435-3541.
- Tải đơn đăng ký từ trang web của IH <https://www.infirmaryhealth.org/financial-assistance>.
- Gửi các đơn đăng ký đã hoàn thành (với tất cả những tài liệu/thông tin được chỉ định trong hướng dẫn đăng ký) tới: Hộp thư Phòng Kinh Doanh Dịch Vụ Khách Hàng, Mobile Infirmary Medical Center Box 2144, Mobile, Alabama 36652.

Đánh giá mức độ đạt tiêu chuẩn nhân Hỗ trợ Tài chính – Thông thường, Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn cho hỗ trợ tài chính khi thang đối chiếu cho thấy Thu nhập Gia đình của họ đạt hoặc dưới 350% theo Chuẩn nghèo Liên bang (Federal Poverty Guidelines) (FPG) của chính quyền liên bang (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>); Đạt chuẩn nhận Hỗ trợ Tài chính có nghĩa là Bệnh nhân đạt chuẩn sẽ được miễn hoặc giảm toàn phần hoặc bán phần chi phí chăm sóc của họ và họ sẽ không bị tính phí nhiều hơn Mức phí sàn ("Amounts Generally Billed") (AGB) mà người có bảo hiểm phải trả (AGB được định nghĩa theo Mục 501(r) của IRS). Các mức Hỗ Trợ Tài Chính, chỉ dựa trên thu nhập Gia Đình và FPG, là:

Thu nhập gia đình từ 0 - 200% của FPG ⇒ Hỗ trợ Tài chính toàn phần, bệnh nhân trả phí 0\$

Thu nhập gia đình từ 201% - 350% của FPG ⇒ Hỗ trợ Tài chính một phần; mức AGB là mức tiền tối đa sẽ được tính cho Bệnh Nhân.

Lưu ý: Các tiêu chí khác ngoài FPG cũng sẽ được cân nhắc (ví dụ như tình trạng tiền mặt hoặc các tài sản khác có thể quy đổi ra tiền mặt, và khoản thu nhập ròng hàng tháng còn dư ra sau khi đã chi trả tiền tiêu dùng trong hộ gia đình hàng tháng), đó là kết quả của các ngoại lệ của những điều nêu ở trên, Nếu không có khoản Thu Nhập Gia Đình nào được báo cáo, thông tin về cách chi trả tiền bạc đáp ứng các nhu cầu hàng ngày sẽ được yêu cầu. Hội Đồng Hỗ Trợ Tài Chính IH xem xét các đơn đăng ký được nộp, các đơn này đã được hoàn tất đầy đủ, và quyết định Điều Kiện Tư Cách Hỗ Trợ Tài Chính theo Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của IH. Các đơn đăng ký chưa được hoàn tất đầy đủ sẽ không được xem xét, nhưng các ứng viên sẽ được thông báo về việc đó và được trao cơ hội nộp bổ sung các tài liệu/thông tin còn thiếu.

Để được giúp đỡ hoặc nếu có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi: Phòng Kinh Doanh Dịch Vụ Khách Hàng theo số 251-435-3541, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 4:30 chiều.



Đăng ký Hỗ trợ Tài chính - Hướng dẫn

Cảm ơn quý vị đã liên hệ với Infirmary Health về (các) tài khoản bệnh viện của quý vị. Quý vị có thể hoàn tất Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính để đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính với (các) tài khoản bệnh nhân tại bệnh viện của quý vị ở các cơ quan sau:

Mobile Infirmary Medical Center
Infirmary Long Term Acute Care (LTAC) Hospital

North Baldwin Infirmary
Thomas Hospital

Chúng tôi rất vui khi xem xét (các) tài khoản bệnh nhân tại bệnh viện của quý vị nhằm mục đích hỗ trợ tài chính, nhưng cũng trân trọng yêu cầu quý vị nộp các tài liệu phù hợp dưới đây. Chúng tôi khuyến khích quý vị đủ và chính xác các tài liệu để chúng tôi có thể cân nhắc một cách chính xác yêu cầu Hỗ Trợ Tài Chính của quý vị.

_____ **Tờ khai thuế thu nhập Liên Bang và Bang mới nhất/gần đây.** Nếu quý vị đã không đệ trình các tờ khai thuế, vui lòng gọi Sở Thuế Vụ để xin một thư xác nhận rằng không có tờ khai thuế nào được đã được đệ trình. Thư xác nhận này có thể nhận được bằng cách gọi 1-800-829-1040 hoặc 1-800-829-0922.

_____ **Các báo cáo Ngân Hàng/Đầu Tư mới nhất/gần đây.** Cung cấp các báo cáo trong 2 tháng gần đây đối với tất cả các tài khoản đang hoạt động: các tài khoản vãng lai, tiết kiệm, và đầu tư.

_____ **Tài liệu chứng minh thu nhập:** Cung cấp các lương thưởng phiếu trong 2 tháng gần đây, và/hoặc tài liệu về khoản tiền hỗ trợ trẻ nhỏ, và các trợ cấp chính phủ.

_____ **Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính đã được hoàn tất và đã ký.**

Địa chỉ thư của chúng tôi: Infirmary Health, Attn: Patient Business Services Dept., P.O. Box

2144, Mobile, Alabama 36652. Chúng tôi yêu cầu quý vị hãy vui lòng gửi thông tin được yêu cầu dưới dạng thư sớm nhất

có thể để việc cân nhắc của chúng tôi kịp thời và cập nhật nhất có thể. Sau khi đã nhận thông tin, thông tin sẽ được trình lên Hội Đồng Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi để xem xét. Quý vị sẽ

được thông báo về kết quả của việc đăng ký bằng văn bản. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ

Phòng Kinh Doanh Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi theo số (251) 435-3541.

Trân trọng,

Điều phối viên Hỗ trợ Tài chính
Infirmary Health

P.O. Box 2144; Điện thoại, AL 36652
(251) 435-3541

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Vui lòng liệt kê số tài khoản và tên cơ sở đối với mỗi tài khoản yêu cầu Hỗ Trợ Tài Chính:

Số tài khoản	Tên cơ sở	Số tài khoản	Tên cơ sở
Số tài khoản	Tên cơ sở	Số tài khoản	Tên cơ sở
Số tài khoản	Tên cơ sở	Số tài khoản	Tên cơ sở

Bệnh nhân/Người bảo lãnh: _____

Số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Ngày sinh: _____

Tên vợ/chồng: _____

Số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Ngày sinh: _____

Tên và tuổi của những người sống cùng.

Tên	Tuổi	Mối quan hệ	Quý vị có khai nhận người này vì các mục đích thuế?

Thu nhập:

Chủ Sở Hữu Lao Động của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh:

Địa chỉ cơ quan: _____

Điện thoại: _____

Chức vụ: _____

Tổng thu nhập: _____ \$ Giờ/Tuần/Tháng

Thu nhập ròng: _____ \$ Giờ/Tuần/Tháng

Chủ Sở Hữu Lao Động của Vợ/Chồng:

Địa chỉ cơ quan: _____

Điện thoại: _____

Chức vụ: _____

Tổng thu nhập: _____ \$ Giờ/Tuần/Tháng

Thu nhập Ròng: _____ \$ Giờ/Tuần/Tháng

Thu nhập khác (bao gồm nghề phụ, trợ cấp chính phủ, trợ cấp con nhỏ, v.v..)

Nguồn: _____ Tổng \$: _____ Ròng \$: _____ Giờ/Tuần/Tháng.
 Nguồn: _____ Tổng \$: _____ Ròng \$: _____ Giờ/Tuần/Tháng.
 Nguồn: _____ Tổng \$: _____ Ròng \$: _____ Giờ/Tuần/Tháng.

Tài chính:

Tài khoản vãng lai: Tên Ngân hàng: _____ Số dư \$ _____
 Tài khoản Tiết Kiệm: Tên Ngân hàng: _____ Số dư \$ _____
 Tài khoản đầu tư: Tên Ngân hàng/Công ty: _____ Số dư \$ _____
 Tài khoản khác: Tên Ngân hàng/Công ty: _____ Số dư \$ _____

Các Khoản Chi Tiêu:

	Tiền trả hàng tháng	Nợ	Số dư
Vay thế chấp/Tiền thuê nhà:	\$		\$
Vay Tự Động	\$		\$
Vay Tự Động	\$		\$
Nội thất/Thiết bị gia dụng	\$		\$
Thẻ tín dụng	\$		\$
Thẻ tín dụng	\$		\$
Gas (dùng trong nhà)	\$		\$
Nước	\$		\$
Điện	\$		\$
Điện thoại	\$		\$
Điện Thoại Di Động	\$		\$
Cáp	\$		\$
Gas (tự động)/Phí xe buýt	\$		\$
Chăm Sóc Trẻ Nhỏ	\$		\$
Bảo hiểm	\$		\$
Bảo hiểm	\$		\$
Thực phẩm	\$		\$
Thuốc men	\$		\$
Bác sĩ/Phòng khám	\$		\$
Bác sĩ/Phòng khám	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

Tài sản:

Địa chỉ nhà: _____ Ngày mua: _____ Giá trị hiện tại \$ _____
 Địa chỉ lô đất: _____ Ngày mua: _____ Giá trị hiện tại \$ _____
 Xe hơi: Năm: _____ Thương hiệu/Mẫu: _____ Giá trị hiện tại \$ _____
 Xe hơi: Năm: _____ Thương hiệu/Mẫu: _____ Giá trị hiện tại \$ _____
 Xe hơi: Năm: _____ Thương hiệu/Mẫu: _____ Giá trị hiện tại \$ _____
 Nhà xe RV: Năm: _____ Thương hiệu/Mẫu: _____ Giá trị hiện tại \$ _____

Vui lòng giải thích tình hình hiện tại của quý khách và lý do quý khách cần Hỗ trợ tài chính: (Nếu cần thêm chỗ trống, vui lòng viết tiếp trên một trang khác. _____

Tuyên bố về Sự thật

Thông tin trong đơn đăng ký hỗ trợ tài chính này, liên quan đến tình trạng tài chính của tôi, là đầy đủ và chính xác theo như tôi được biết. Tôi hiểu rằng thông tin được nêu trong tài liệu này là để nhằm mục đích quyết định điều kiện tư cách được hỗ trợ tài chính và thông tin sai hoặc không đầy đủ sẽ dẫn đến việc tôi không có đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính.

Tôi đồng ý trao cho bệnh viện quyền truy cập tới bất kỳ hồ sơ nào cần thiết để xác nhận thông tin được nêu trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng tư cách được hỗ trợ tài chính sẽ không được chấp thuận cho tới khi xác nhận tình trạng tài chính của tôi, và bất kỳ thay đổi hoặc sửa chữa nào được phát hiện sẽ được áp dụng vào đơn đăng ký trước khi quyết định về tư cách hỗ trợ tài chính được lập.

Tôi cũng hiểu rằng nếu yêu cầu hỗ trợ tài chính của tôi không được chấp thuận dựa trên các tiêu chí được nêu trong đơn này tôi có thể yêu cầu một chấp thuận đặc biệt từ bệnh viện và Ban Giám Đốc và cũng có thể thông qua Chủ Tịch. Tôi hiểu rằng quyết định của họ sẽ chỉ được lập dựa trên các hoàn cảnh đặc biệt áp dụng với trường hợp của tôi, và quyết định của họ sẽ là quyết định cuối cùng.

Tôi cũng xác nhận rằng tất cả các nguồn quỹ có thể hỗ trợ tôi chi trả cho chi phí y tế này đã cạn kiệt, bao gồm các quỹ y tế của Bang và Liên Bang. Tuy nhiên, nếu có quỹ từ bất kỳ nguồn công cộng hay tư nhân nào có thể hỗ trợ chi trả bất kỳ chi phí y tế nào, và quỹ đó có liên kết với bên dịch vụ chăm sóc là cơ sở của đơn đăng ký này, tôi đồng ý đăng ký tham gia các quỹ đấy. Tôi qua đây cũng ủy quyền cho Infirmiry Health tìm kiếm các quỹ và/hoặc thay mặt tôi đăng ký, bằng cách chia sẻ bất kỳ thông tin nào tôi đã cung cấp trong đây.

Tôi sau đây cũng ủy quyền Infirmiry Health, bao gồm Mobile Infirmiry Medical Center, Thomas Hospital, North Baldwin Infirmiry, và Infirmiry LTAC Hospital thực hiện/chia sẻ bất kỳ câu hỏi/thông tin tin dụng nào họ cho rằng là cần thiết và có liên quan tới việc đăng ký này hoặc trong quá trình xem xét hoặc thu thập hoặc bất kỳ tin dụng nào được mở dựa trên đơn đăng ký này. Tôi ủy quyền và chỉ thị cho bất kỳ cá nhân hoặc cơ quan báo cáo người tiêu dùng nào biên soạn và cung cấp cho (các) bệnh viện bất kỳ thông tin nào họ có thể có hoặc lấy được để trả lời cho các câu hỏi tin dụng trên và đồng ý rằng thông tin trên sẽ là tài sản của quý vị dù tin dụng có được mở rộng hay không. Tôi xác nhận đã nhận được thông báo in bên dưới, được (các) bệnh viện cung cấp cho tôi tại thời điểm đơn đăng ký này được lập. Ngoài ra, tôi sau đây xác nhận rằng tất cả các tuyên bố được lập trong đơn đăng ký này là có thật và được nêu vì mục đích nhận được hỗ trợ tài chính.

Chữ Ký Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh

Ngày

Chữ Ký Của Vợ/Chồng (nếu đã kết hôn)

Ngày

Lưu ý: Đạo Luật Cơ Hội Tín Dụng Công Bằng nghiêm cấm các chủ nợ phân biệt đối xử đối với người đăng ký tín dụng trên cơ sở giới tính hoặc tình trạng hôn nhân. Cơ quan Liên Bang quản lý việc tuân thủ theo luật này và có liên quan đến Infirmiry Health là Ủy Ban Thương Mại Liên Bang, Washington, D.C. 20580.