

CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ VÀ CHĂM SÓC TỪ THIÊN

ĐƠN XIN

NGƯỜI LÀM ĐƠN PHẢI ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ SAU ĐỂ ĐƯỢC XEM XÉT TỰ CÁCH HỘI ĐỦ

ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ HOẶC CHĂM SÓC TỪ THIÊN:

- Phải áp dụng trong vòng một năm kể từ ngày nhận dịch vụ.
- Không được hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm từ các bên thanh toán thuộc chính phủ/phi chính phủ hoặc các bên thanh toán này đã chi trả hết bảo hiểm.
- Không được có bất kỳ bảo hiểm trách nhiệm bên thứ ba nào.
- Phải nộp đơn xin nhận các dịch vụ nhận được tại Zuckerberg San Francisco General Hospital, Phòng Khám Chăm Sóc Chính của Cộng Đồng, Laguna Honda Hospital, Ban Sức Khỏe Dân Số hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.
- Phải nộp đơn xin nhận các dịch vụ chưa được giảm giá.
- Phải cung cấp cuống phiếu lương của quý gần nhất hoặc bản khai thuế năm gần nhất.
- Phải có tổng thu nhập của hộ gia đình bằng hoặc dưới 500% mức nghèo liên bang để được xem xét nhận Chăm Sóc Từ Thiện.
- Phải cung cấp giấy tờ xác minh về tài sản có tính thanh khoản cao đủ điều kiện để được xem xét nhận Chăm Sóc Từ Thiện.
- Bệnh nhân hoặc người đăng ký nhận được khoản thanh toán bảo hiểm cho các dịch vụ đã nhận phải chuyển khoản thanh toán cho Mạng Lưới Y Tế San Francisco để hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính.

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN XIN:

- Điền đầy đủ thông tin và ký vào đơn xin này.
- Gửi đơn xin và giấy tờ xác minh.

Đối với Dịch Vụ Bệnh Viện và Phòng Khám, hãy gửi đơn xin và giấy tờ xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave.
Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

Gọi cho Phòng Trợ Cấp Tài Chính Cho Bệnh Nhân theo số (628) 206-3275 để được hỗ trợ.

Đối với Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi, hãy gửi đơn xin và giấy tờ xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

Gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên về Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health Services, BHS) theo số

(888) 246-3333 để được hỗ trợ.



THÔNG TIN NGƯỜI LÀM ĐƠN

Họ:	Tên:
Ngày Sinh:	Số Hồ Sơ Y Tế:

ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ

Địa Chỉ:	Thành Phố:
Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Quốc Gia:	Số Điện Thoại:
Số Điện Thoại Di Động:	Email:

ĐỊA CHỈ TẠM TRÚ (nếu có)

Địa Chỉ:	Thành Phố:
Tiểu Bang:	Mã Bưu Điện:
Quốc Gia:	Số Điện Thoại:
Số Điện Thoại Di Động:	Email:

TƯ CÁCH HỘI ĐỦ VÀ SÀNG LỌC

Tình trạng hôn nhân của quý vị là gì?	<input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Đã Ly Thân <input type="checkbox"/> Đã Ly Hôn <input type="checkbox"/> Bạn Đời Sống Chung
Quý vị có bảo hiểm y tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, xin nêu rõ: Cung cấp Thẻ bảo hiểm.
Quý vị có tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài 12 tháng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đơn xin đang chờ xét duyệt với Medi-Cal không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang mang thai vào ngày nhận dịch vụ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Không Áp Dụng
Quy Mô Gia Đình (bản thân, vợ/chồng và con cái dưới 21 tuổi)	# _____
Tổng thu nhập hàng tháng của cả gia đình tại thời điểm nộp đơn xin:	\$ _____ Cung cấp cuống phiếu lương của quý (3 tháng) gần nhất hoặc bản khai thuế năm gần nhất.
Tổng tài sản tại thời điểm nộp đơn xin (ngoại trừ chương trình hưu trí và phúc lợi trả sau):	\$ _____ Cung cấp sao kê tài chính của quý (3 tháng) gần nhất tính đến thời điểm nộp đơn xin.
Xác định tất cả các loại tài khoản tài sản được nắm giữ:	<input type="checkbox"/> Vãng Lai <input type="checkbox"/> Tiết Kiệm <input type="checkbox"/> Thị Trường Tiền Tệ <input type="checkbox"/> Chứng Chỉ Tiền Gửi <input type="checkbox"/> Môi Giới Chứng Khoán <input type="checkbox"/> Quỹ Tương Hỗ Cung cấp sao kê cho tất cả các tài khoản được nắm giữ.



