

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

Hãy in ra và điền vào tất cả các phần của đơn đăng ký mà áp dụng đối với bạn. Không thể điền thông tin điện tử vào đơn đăng ký này. Vui lòng đọc tất cả hướng dẫn trước khi điền vào đơn đăng ký.

Đơn đăng ký được sử dụng để đánh giá tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của bạn cho hóa đơn y tế từ các nhà cung cấp thuộc Partners HealthCare. Bạn có thể sử dụng đơn đăng ký này để đăng ký xin trợ giúp thanh toán hoá đơn chăm sóc sức khỏe của mình từ bất kỳ đơn vị thuộc Partners HealthCare nào sau đây:

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham & Women's Hospital	Brigham & Women's Physicians Organization
North Shore Medical Center	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham & Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickenson Hospital	Cooley-Dickenson Medical Group
Spaulding Rehabilitation Network	McLean Hospital

Hỗ Trợ Tài Chính Partners không thay thế cho việc đăng ký tham gia bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế sẵn có nào. Chiết khấu có hạn và dựa vào loại dịch vụ được cung cấp và địa điểm nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc.

- Thông thường, Dịch Vụ Cấp Cứu và Dịch Vụ Khẩn Cấp sẽ được cân nhắc cho chiết khấu.
- Trong hầu hết trường hợp, Dịch Vụ Chọn Lọc, Dịch Vụ Chăm Sóc Hậu Cấp Tính và Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (không phải cấp cứu) sẽ không được xét Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính. Dịch Vụ Chọn Lọc, Dịch Vụ Chăm Sóc Hậu Cấp Tính và Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi thường được sàng lọc để giải quyết vấn đề tài chính trước khi cung cấp dịch vụ và có thể được hoãn lại căn cứ vào tình trạng y tế tổng thể của bệnh nhân sau khi được thẩm định với các nhà cung cấp thích hợp.
- Dịch Vụ Khác luôn không được xét Chiết Khấu Hỗ Trợ Tài Chính.
- Chiết khấu cho đồng thanh toán bảo hiểm, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ cũng thường không được xét

Nếu không đăng ký được với một chương trình hỗ trợ của chính phủ mà bạn có thể đủ điều kiện thì đơn đăng ký của bạn có thể bị hoãn hoặc từ chối xem xét. Nếu bạn cần trợ giúp để đăng ký với chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong các Cố Vấn Tài Chính PHS của chúng tôi có thể giúp bạn.

Bạn phải khai báo đầy đủ về các phạm vi bảo hiểm khác như khiếu nại trách nhiệm của bên thứ ba, bảo hiểm phương tiện cơ giới hoặc bảo hiểm bồi thường lao động để được cân nhắc.

Nếu bạn có thắc mắc về đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với [Dịch Vụ Tài Chính Cho Bệnh Nhân](#) tại bệnh viện của mình hoặc gọi tới số (617) 726-3884.

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

Danh sách kiểm tra các mục trong đơn đăng ký

- Điền vào tất cả các phần áp dụng trong đơn đăng ký - sẽ có thông báo nếu có thể bỏ trống một phần.
- Đính kèm một bản sao giấy phép lái xe của bạn, ảnh ID hoặc tài liệu khác để xác minh nơi cư trú hiện tại của bạn. Tất cả nội dung được nộp đều phải có tên của bạn (Phần 1).
- Đính kèm một số hình thức xác minh thu nhập (Phần 3 và Phần 4).
 - Đính kèm một bản sao của mẫu IRS 1040 hoặc 1040A gần đây nhất của bạn
 - Nếu thu nhập của bạn mới có thay đổi thì hãy đính kèm chứng từ như cuống séc (tối thiểu 4 cái), bảng sao kê thất nghiệp, bảng sao kê tài khoản/đầu tư và/hoặc bảng sao kê an sinh xã hội.
- Nếu gia đình của bạn có thu nhập trên mức 300% Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang Hoa Kỳ (FPL) hiện tại, bạn cũng phải điền vào Phần 5. Sẽ là vượt mức 300% FPL nếu thu nhập của bạn vượt các giới hạn sau đây:

Quy Mô Gia Đình	1	2	3	4	5
2019 FPL	37.476 \$	50.736 \$	63.996 \$	77.256 \$	90.516 \$

- Tài sản có thể được sử dụng để xác định khả năng thanh toán hóa đơn y tế của bạn. Bạn sẽ cần cung cấp thông tin về tài sản của mình nếu bất kỳ điều nào sau đây là đúng (Phần 6):
 - Địa chỉ thường trú của bạn ở bên ngoài Hoa Kỳ
 - Bạn đang yêu cầu chiết khấu cho một dịch vụ thường không hội đủ điều kiện (ví dụ, chăm sóc không liên quan tới cấp cứu, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khấu trừ)
 - Bạn đang yêu cầu chiết khấu tại McLean Hospital, Partners HealthCare at Home hoặc một cơ sở thuộc Spaulding Network.
- Trực tiếp gửi lại đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin cho một [Cố Vấn Tài Chính Cho Bệnh Nhân PHS](#) HOẶC gửi thư đến:

Partners HealthCare
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

Để đảm bảo đơn đăng ký của bạn được nhanh chóng xem xét, hãy điền vào tất cả các phần trừ khi có chỉ dẫn khác. Việc xử lý đơn đăng ký sẽ bị trì hoãn nếu bạn bỏ sót thông tin hay chứng từ yêu cầu.

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

1. THÔNG TIN CƠ BẢN

Hãy hoàn thành phần sau đây về người nộp đơn. Người nộp đơn là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.

CHỨNG TỪ YÊU CẦU: Xin hãy đính kèm chứng từ xác minh nơi cư trú: giấy phép lái xe của bạn, ảnh ID hoặc tài liệu khác để chứng minh nơi cư trú hiện tại của bạn. Tất cả nội dung được nộp đều phải có tên của bạn.

Họ	Tên	Tên đệm
Ngày sinh	Giới tính Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
Số điện thoại Nhà: () Cơ quan: () Di động: ()	Địa chỉ gửi thư (ghi thành phố, tiểu bang và mã ZIP)	
Tên của bệnh nhân (nếu khác với người nộp đơn)	Ngày nhận dịch vụ của bệnh nhân (ghi địa điểm nơi dịch vụ được cung cấp)	
Ngày sinh của bệnh nhân (nếu khác với người nộp đơn)		
Số Hồ Sơ Y Tế (MRN) và Số Tài Khoản (bảng kê) của bệnh nhân		

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

2. THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Nếu phù hợp, hãy liệt kê vợ/chồng của người nộp đơn và (các) con dưới 19 tuổi sống cùng với người nộp đơn. Có thể để trống phần này nếu người nộp đơn không sống với vợ/chồng hay con cái.

Tên của thành viên gia đình	Mối quan hệ	Ngày sinh

3. THU NHẬP KIỂM ĐƯỢC

Hãy điền vào phần về thu nhập kiểm được cho người nộp đơn và mỗi một thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Phần 2 mà có làm việc. **Hãy bỏ qua tổng thu nhập, tức là thu nhập trước thuế và khấu trừ.** Có thể để trống phần này nếu người nộp đơn và các thành viên hộ gia đình của họ không có thu nhập kiểm được.

CHỨNG TỪ YÊU CẦU: Xin hãy đính kèm chứng từ xác minh thu nhập này: lương, thuế thu nhập, tờ khai W2, bản sao kê tài khoản hoặc bằng chứng khác.

Tên của thành viên gia đình đang làm việc	Tên và địa chỉ của tổ chức tuyển dụng	Tổng thu nhập kiểm được	Tần suất đánh dấu một mục	Chỉ sử dụng cơ sở
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm	

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

4. THU NHẬP KHÁC

Hãy điền vào phần về thu nhập khác cho người nộp đơn và mỗi một thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Phần 2 mà có nhận được thu nhập khác. Thu nhập khác là khoản tiền bạn nhận được mà không phải do tổ chức tuyển dụng trả. **Hãy bỏ qua tổng thu nhập, tức là thu nhập trước thuế và khấu trừ.** Có thể để trống phần này nếu người nộp đơn và các thành viên hộ gia đình của họ không có thu nhập khác.

CHỨNG TỪ YÊU CẦU: Xin hãy đính kèm chứng từ xác minh thu nhập này: cuống lương, thuế thu nhập, tờ khai W2, bản sao kê tài khoản hoặc bằng chứng khác.

Loại thu nhập	Thành viên gia đình nhận thu nhập	Tổng thu nhập nhận được	Tần suất <i>khoanh một mục</i>	Chỉ sử dụng cơ sở
Thất Nghiệp			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
An Sinh Xã Hội			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Phụ Cấp Cựu Chiến Binh			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Niêm Kim và Lương Hưu			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Hỗ Trợ Con Nhỏ & Tiền Cấp Dưỡng			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Thu Nhập Cho Thuê			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Bồi Thường Lao Động			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Thu Nhập Cổ Tức & Lãi			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Khác			Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	

5. CHI PHÍ CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHÁC

Phần này có thể không áp dụng với bạn. Chỉ hoàn thành phần này nếu thu nhập gia đình cao hơn 300% Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang (nêu ở trang 2).

Nếu vượt quá 300% Hướng Dẫn Chuẩn Nghèo Của Liên Bang, bạn cần liệt kê các chi phí chăm sóc sức khỏe từ những địa điểm không được liệt kê trên trang 1 (nghĩa là cơ sở không thuộc Partners HealthCare). Có thể để trống phần này nếu thu nhập gia đình của bạn thấp hơn 300% hoặc nếu bạn không có chi phí chăm sóc sức khỏe từ các cơ sở ngoài Partners HealthCare. Có thể có yêu cầu cung cấp chứng từ, nhưng hiện tại thì điều này là không bắt buộc.

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

Chi phí y tế	Tổng Số Tiền	Chi phí này phát sinh với tần suất như thế nào?	Chỉ sử dụng cơ sở Tổng Chi Phí
Hóa Đơn Y Tế		Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	
Hóa Đơn Thuốc		Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm	

6. THÔNG TIN TÀI SẢN

Phần này có thể không áp dụng với bạn. Chỉ hoàn thành phần này **NẾU**:

- Địa chỉ thường trú của bạn ở bên ngoài Hoa Kỳ **HOẶC**
- Bạn đang yêu cầu chiết khấu cho dịch vụ chăm sóc không liên quan tới cấp cứu, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khấu trừ. Bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc không liên quan tới cấp cứu được cung cấp tại một tổ chức thuộc Spaulding Network hoặc McLean Hospital thì không cần cung cấp thông tin tài sản.

Có thể để trống phần này nếu bạn không rơi vào bất kỳ nhóm nào liệt kê bên trên.

CHỨNG TỪ YÊU CẦU: Xin hãy đính kèm chứng từ xác minh thu nhập này: bản sao kê tài khoản hoặc bằng chứng khác.

Bạn không cần điền địa chỉ cư trú chính của mình (nơi bạn sống)

Tài sản	Chủ sở hữu	Tên ngân hàng hoặc công ty	Giá trị tiền mặt
Tài Khoản Tiết Kiệm			
Tài Khoản Séc			
Tài Khoản Hội Tín Dụng			
Quỹ Tín Dụng			
Cổ Phiếu/Trái Phiếu			
Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ			
Quỹ Tương Hỗ			
Bất động sản thương mại hoặc đầu tư			
Khác			

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Partners HealthCare

7. CHO PHÉP

Hãy đọc kỹ phần này và ký ở phía dưới.

Theo tôi được biết, tất cả thông tin trong đơn đăng ký này đều đúng. Tôi đồng ý cung cấp chứng từ bổ sung khi có yêu cầu. **Tôi hiểu rằng thông tin bảo mật này không được tiết lộ cho bất kỳ bên nào ngoài Partners HealthCare System, Inc. khi chưa có sự phê duyệt trước của tôi.**

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Nếu ký nhân danh người nộp đơn: Theo tôi được biết, tất cả thông tin trong đơn đăng ký này đều đúng.

Chữ ký của đại diện được ủy quyền

Ngày

Tên của đại diện được ủy quyền

Mối quan hệ với người nộp đơn

Số điện thoại liên hệ _____

Trước khi nộp, hãy đảm bảo rằng bạn đã hoàn thành tất cả các phần áp dụng trong đơn đăng ký này và đã đính kèm tất cả tài liệu được yêu cầu để xác minh tình hình tài chính của bạn. Đơn đăng ký không hoàn chỉnh sẽ không được phê duyệt.