

Kính gửi Quý Vị Bệnh Nhân:

Kèm theo đây là Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của INTEGRIS Health. Việc điền mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi cân nhắc nhu cầu cần trợ giúp y phí cho các hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị phải nộp lại đơn xin sáu tháng một lần và phải ghi tổng thu nhập của hộ gia đình và tổng số người cư ngụ trong hộ gia đình.

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, tất cả các giấy tờ nhận được sẽ được coi là thông tin bảo mật, trừ khi sử dụng cho các mục đích xác minh, và sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất kỳ ai ở bên ngoài INTEGRIS Health.

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các mục trong đơn xin. Nếu quý vị cần thêm ô trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn xin. Chúng tôi có thể lấy báo cáo tín dụng để kiểm tra xác nhận các thông tin cung cấp. **Các giấy tờ chụp lại bằng hình ảnh sẽ không được chấp nhận.** Tất cả các chứng từ cung cấp sẽ trở thành tài sản của INTEGRIS Health và không thể trả lại cho quý vị.

Quý vị phải nộp bản sao tất cả các giấy tờ ghi dưới đây áp dụng cho trường hợp của quý vị để chúng tôi quyết định quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. Không chấp nhận các hồ sơ tự khai thuế.

- Toàn bộ bản sao Hồ Sơ Khai Thuế cho Năm Trước Đó. *(Không gửi kèm các mẫu W-2 hoặc cuống phiếu lương)*
 - (Gọi số 1-800-908-9946 để lấy Hồ Sơ Khai Thuế IRS Chính Thức của quý vị).
- Thư Thông Báo Nhận Phúc Lợi An Sinh Xã Hội. *(Cung cấp bằng chứng về thu nhập của vợ/chồng, nếu thích hợp).*
- Giấy Xác Nhận Tình Trạng Tàn Tật của Bác Sĩ, trong đó cho biết tình trạng tàn tật vĩnh viễn cùng với chứng từ.
- Tự Kinh Doanh: Bản sao hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang cá nhân mới nộp trong thời gian gần đây nhất và bản kết toán lời lỗ mới nhất, trong đó bao gồm tất cả các phần phụ lục áp dụng.
- Những Người Không Khai Thuế: Cung cấp thư Xác Nhận Không Khai Thuế của IRS.
- Bất kỳ chứng từ nào khác theo yêu cầu, để giải quyết đơn xin của quý vị.

Quý vị cần điền đơn xin này ngay sau khi nhận được và nộp lại trong vòng 15 ngày. Chúng tôi sẽ xét đơn xin trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được và quý vị sẽ nhận được thư thông báo quyết định trong vòng 60 ngày.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc điền đơn xin này hoặc có thắc mắc, vui lòng liên lạc với văn phòng chúng tôi tại số (855) 409-5458 hoặc qua email tại INTEGRISHealthFinancialAssistance@integrisk.com. Giờ làm việc của văn phòng là Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều. Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,

Văn Phòng Kinh Doanh INTEGRIS Health

Các Cơ Sở: _____
(Các) Trương Mục: _____
Bên Bảo Trợ #: _____

Đơn Xin Trợ Giúp Y Phí

Tên Bệnh Nhân: Tên Họ _____ Tên Gọi: _____

Ngày tháng năm sinh của Bệnh Nhân: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Số Zip Code _____

Người Bảo Trợ/Vợ (Chồng) Tên _____

Ngày tháng năm sinh của Người Bảo Trợ: _____ Số An Sinh Xã Hội của Người Bảo Trợ _____

Tình Trạng Hôn Nhân: Đã kết hôn _____ Độc thân _____ Đã ly hôn _____ Góa bụa _____

Quý vị có con cái ở tuổi vị thành niên (dưới 18 tuổi) không? Có _____ Không _____
 Những đứa trẻ đó có sống chung với quý vị không? Có _____ Không _____
 Những đứa trẻ đó có phải là con đẻ hay con nuôi hợp pháp của quý vị không? Có _____ Không _____

Tên Hãng Sở

Tên Hãng Sở của Vợ/Chồng

Số Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____
Nghề Nghiệp _____

Số Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____
Nghề Nghiệp _____

Thu Nhập

Trước Khi Trừ Các Khoản

Các Thành Viên Gia Đình

(Số Tiền Hàng Tháng)

(Trước Thuế)

(Tên gọi, tên đệm, và tên họ)

Bệnh nhân \$ _____
 Vợ/Chồng \$ _____
 Người Phụ Thuộc \$ _____
 Trợ Cấp Công Cộng \$ _____
 An Sinh Xã Hội \$ _____
 Trợ Cấp Thất Nghiệp \$ _____
TỔNG THU NHẬP \$ _____

Tuổi của Đứa Trẻ _____
 Tuổi của Đứa Trẻ _____
 Tuổi của Đứa Trẻ _____
 Tuổi của Đứa Trẻ _____
 Tuổi của Đứa Trẻ _____
 Tuổi của Đứa Trẻ _____

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị nghĩ là sẽ giúp chúng tôi quyết định tình trạng hội đủ điều kiện được trợ giúp chi trả hóa đơn bệnh viện của quý vị.

Tôi hiểu rằng INTEGRIS Health có thể kiểm tra xác nhận các thông tin tài chính trong đơn xin này liên quan đến việc đánh giá đơn xin này, và theo đây tôi cho phép liên lạc với hãng sở của tôi để xác nhận các thông tin cung cấp và yêu cầu bản báo cáo tin dụng từ các cơ quan báo cáo tin dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để quyết định tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí của tôi và xác định tôi có cung cấp thông tin giả mạo hay không. Các thông tin trong đơn xin này là đúng sự thật theo sự hiểu biết nhất của tôi. **Phải điền đơn xin này để xác định tình trạng hội đủ điều kiện. Các đơn xin không điền đầy đủ có thể bị hoãn giải quyết và/hoặc từ chối giải quyết.** Ngoài ra, tôi hiểu rằng bất kỳ khoản hoàn trả nào cho các chi phí y tế mà tôi nhận được liên quan đến lần nằm viện này phải được gửi cho INTEGRIS.

Chữ ký của người nộp đơn _____

Ngày _____

Chữ ký của người nộp đơn nếu không phải là bệnh nhân _____

Mối liên hệ _____