



Children's Mercy
Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
Children's Mercy
(Trang 1 / 5)

8241-072V 03/18 (Translated 3/18)

Một số yêu cầu quan trọng để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính:

1. Quý vị phải là công dân bang Kansas hoặc Missouri.
2. Tổng thu nhập hộ gia đình của quý vị (được điều chỉnh theo quy mô gia đình) bằng hoặc thấp hơn 300% Ngưỡng đối nghèo liên bang.
3. Quý vị đã tìm kiếm mọi nguồn lực từ tất cả những chương trình khác (bao gồm Medicaid).
4. Hoàn thành đơn đăng ký không đồng nghĩa với việc quý vị sẽ nhận được khoản giảm trừ.

Quý vị phải:

- Hoàn thiện đơn này và nộp cho Cố vấn tài chính, cùng với tất cả giấy tờ khác được quy định trong danh mục kiểm tra trên Trang 2.
- Đơn của quý vị cần 3 tuần để xử lý.

Để thảo luận về thỏa thuận thanh toán, vui lòng liên hệ với Bộ phận Hỗ trợ Tài chính cho Bệnh nhân 816-701-5100 hoặc gọi đến số miễn phí 866-572-0157

GỬI đơn Children's Mercy Hospital
hoàn thiện đến: Người nhận: Phòng Tư vấn Tài chính
 2401 Đường Gillham
 Thành phố Kansas, MO 64108

FAX: (816)302-9907 Để gửi fax, vui lòng sử dụng trang này làm trang bìa và điền:

Họ tên

Điện thoại#

/ trang

Cần nộp kèm theo các giấy tờ sau để chúng tôi xử lý đơn của quý vị:

- Nhận dạng ảnh** cho Bên chịu trách nhiệm (bằng lái xe hoặc thẻ chứng minh)
- Xác nhận cư trú** cho địa chỉ hiện tại (hóa đơn dịch vụ tiện ích gần đây, thẻ chứng minh, tờ khai thuế, cuống séc)
- Tờ khai thuế thu nhập gần nhất**
- Bản sao cuống phiếu lương 3 tháng gần đây** hoặc sao kê bảng lương trên giấy có tiêu đề thông tin công ty, có chữ ký của chủ lao động
- Đối với các gia đình không có thu nhập, tuyên bố đề ngày và có chữ ký của người cung cấp thực phẩm và chỗ ở
- Đối với những người không phải là công dân Hoa Kỳ, giấy tờ nhận dạng cá nhân (giấy khai sinh, visa, thẻ thường trú)
- Giấy tờ liên quan đến bất kỳ hình thức thu nhập nào không có trên Tờ khai thuế thu nhập hiện tại

Để đặt thêm câu hỏi hoặc tìm hiểu thêm thông tin, liên hệ:

- Email: admfc@cmh.edu
- Điện thoại: 816-234-3567
- Tìm thêm thông tin trực tuyến tại <http://www.childrensmercy.org/financialcounseling/> HOẶC
- Đến gặp Cố vấn tài chính tại một trong các địa chỉ sau (thứ Hai - thứ Sáu, 9:00-17:00):

Children's Mercy, Adele Hall Campus
 2401 Đường Gillham, Thành phố Kansas, MO 64108

Children's Mercy Hospital Kansas
 5808 W 110th, Overland Park, KS 66211

Children's Mercy Clinics tại Broadway
 3101 Broadway Blvd, Thành phố Kansas, MO 64111

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

HÔM NAY, NGÀY: _____ / _____ / _____
Ngày Tháng Năm

BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM:

“**Bên chịu trách nhiệm**” là bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp cho bệnh nhân chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ được Children's Mercy cung cấp.

Họ Tên Tên đệm SSN

Quan hệ với bệnh nhân Địa chỉ nhà ở Thành phố Bang Zip

() ()
Số điện thoại chính Số điện thoại phụ Chủ lao động

Nghề nghiệp Số năm làm việc Ngày sinh Bỏ dương/mẹ kế?

BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM KHÁC TRONG GIA ĐÌNH (nếu có):

Họ Tên Tên đệm SSN Bỏ dương/mẹ kế?

Chủ lao động Nghề nghiệp Số năm làm việc Ngày sinh

VUI LÒNG LIỆT KÊ TẤT CẢ THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH BẠN VÀO BÊN DƯỚI (Bao gồm (các) Bên chịu trách nhiệm)

Họ	Tên	Ngày sinh:	Quan hệ với bệnh nhân:	Tên chương trình bảo hiểm:	Công dân Hoa Kỳ? Có/Không
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH:

"Thu nhập hộ gia đình" là thu nhập của Bên chịu trách nhiệm và tất cả thành viên trong hộ như được khai báo trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của Bên chịu trách nhiệm.

Mục	Thu nhập hàng tháng	Thành viên?
____ Lương và tiền công	\$ _____	_____
____ Trợ cấp thất nghiệp	\$ _____	_____
____ Trợ cấp cho nhân viên	\$ _____	_____
____ Bảo hiểm xã hội và/hoặc thu nhập đảm bảo bổ sung	\$ _____	_____
____ Nguồn cứu trợ công	\$ _____	_____
____ Trợ cấp cựu chiến binh hoặc phúc lợi của người kế thừa	\$ _____	_____
____ Lương hưu	\$ _____	_____
____ Tiền cấp dưỡng hoặc hỗ trợ trẻ em	\$ _____	_____
____ Tiền lãi, cổ tức, tiền cho thuê, phí bản quyền	\$ _____	_____
____ Thu nhập từ bất động sản hoặc quỹ quản thác	\$ _____	_____
____ Hỗ trợ giáo dục	\$ _____	_____
____ Thu nhập khác	\$ _____	_____
TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG:	\$ _____	

TÀI SẢN GIA ĐÌNH:

"Tài sản gia đình" bao gồm thông tin về các nguồn quỹ sẵn có của Bên chịu trách nhiệm và tất cả thành viên trong hộ như được khai báo trong tờ khai thuế thu nhập liên bang của Bên chịu trách nhiệm. Các tài sản như các quỹ hưu trí, đất đai, nhà cửa và xe cộ không được bao gồm và không được báo cáo dưới đây.

Mục	Số dư hiện tại
____ Tài khoản séc	\$ _____
____ Tài khoản tiết kiệm	\$ _____
____ Cổ phiếu và/hoặc trái phiếu	\$ _____
____ Khoản thanh toán trọn gói	\$ _____
____ Tài sản khác	\$ _____
TỔNG GIÁ TRỊ HIỆN TẠI:	\$ _____

KHOẢN KHÁC:

Quý vị có Medicaid không? **CÓ/KHÔNG** Ngày đăng ký: _____ Giá trị: _____

Có phải quý vị điều trị tại Bệnh viện do tai nạn (liên quan tới xe cộ, công việc, nạn nhân tội phạm) không?
CÓ/KHÔNG



Children's Mercy
 Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
 Children's Mercy
 (Trang 4 / 5)
 8241-072V 03/18 (Translated 3/18)

GIẢI THÍCH, YÊU CẦU VÀ THÔNG TIN BỔ SUNG CỦA BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM:

Vui lòng sử dụng phần này để giải thích các tình huống dẫn đến khó khăn trong việc thanh toán trách nhiệm tài chính của quý vị. Đồng thời cung cấp bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị thấy hữu ích cho quá trình xem xét yêu cầu hỗ trợ của mình. Quý vị cũng có thể đính kèm các giấy tờ bổ sung hỗ trợ cho đơn đăng ký của mình.

Nếu tôi được phê duyệt hỗ trợ tài chính, Children's Mercy Hospital có quyền hủy khoản giảm trừ này nếu người thanh toán bên thứ ba hoặc công ty bảo hiểm thanh toán một phần hoặc toàn bộ khoản thanh toán của tôi. Tôi hiểu rằng trong vòng 30 ngày, tôi có trách nhiệm thông báo cho Bệnh viện bất kỳ thay đổi nào đối với Thu nhập hộ gia đình của tôi hoặc các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến điều kiện hỗ trợ tài chính từ bệnh viện. Tôi xác nhận rằng những thông tin được cung cấp trên đơn này và tài liệu hỗ trợ đính kèm là chính xác và đầy đủ nhất trong phạm vi khả năng của tôi. Nếu Bệnh viện phát hiện bất kỳ khai báo sai lệch nào, tôi hiểu rằng các khoản giảm trừ nhận được sẽ bị hủy và tôi phải chịu trách nhiệm thanh toán (các) khoản còn lại. Tôi cho phép Bệnh viện điều tra thông tin trong quá trình xem xét đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi và cho phép phát hành các thông tin cần thiết để xác định tình trạng đủ điều kiện của tôi.

Chữ ký của Bệnh nhân/Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp	Quan hệ	/ / Ngày
Chữ ký của Bệnh nhân/Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp	Quan hệ	/ / Ngày

OFFICE USE ONLY		
Percent of FPL: _____	Approved/Denied: _____	Date: _____
Financial Counselor: Printed Name: _____ Signature: _____		

Thông Báo về Việc Không Đối Xử Phân Biệt

Children's Mercy Hospital tuân thủ theo luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không đối xử phân biệt dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Children's Mercy Hospital không loại trừ người nào hoặc đối xử với họ một cách khác biệt bởi vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Children's Mercy Hospital:

- Trợ giúp và cung cấp các dịch vụ miễn phí cho những người bị khuyết tật để truyền đạt một cách hiệu quả với chúng tôi, như:
 - Các thông dịch viên ngôn ngữ ra dấu có khả năng
 - Thông tin trên văn bản dưới các dạng thức khác (chữ in khổ lớn, âm thanh, các dạng thức điện tử dễ tiếp cận, các dạng thức khác)
- Cung cấp các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ chính của họ không phải là tiếng Anh, như:
 - Các thông dịch viên y khoa có khả năng
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, xin liên lạc với The Children's Mercy Hospital Language Services Department (Ban Dịch Vụ Ngôn Ngữ của The Children's Mercy Hospital) tại số: 816-234-3474.

Quý vị đã cho biết là cần có các dịch vụ phiên dịch vào lúc lên lịch, các dịch vụ thông dịch viên sẽ được điều phối trước cho quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị cần có các dịch vụ phiên dịch vào một lúc nào khác, xin liên lạc với The Children's Mercy Hospital tại số điện thoại nêu trên.

Nếu quý vị tin rằng The Children's Mercy Hospital đã không cung cấp được các dịch vụ này hoặc kỳ thị bằng cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại cho:

Patient Advocate Department (Ban Biện Hộ Bệnh Nhân)
2401 Gillham Road
Kansas City, MO 64108
Điện thoại: 816-234-3119
Fax: 816-460-1091
Email: patientadvocate@cmh.edu

Quý vị có thể nộp một đơn khiếu nại qua việc đến tận nơi, qua thư, fax, hoặc email. Nếu quý vị cần được giúp nộp đơn khiếu nại, Patient Advocate Department (Ban Biện Hộ Bệnh Nhân) sẵn sàng giúp đỡ cho quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp một đơn than phiền về dân quyền cho Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Nhân Sự Hoa Kỳ, Phòng Dân Quyền, bằng điện tử qua Cổng Than Phiền của Phòng Dân Quyền, hiện có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc gửi thư cho hoặc gọi điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Các mẫu than phiền hiện có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>