

Kính gửi quý Bệnh nhân:

Trong tệp đính kèm là Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Chăm Sóc Từ Thiện của Công ty TNHH Bệnh Viện Cộng Đồng (“Bệnh Viện Cộng Đồng”). Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để chúng tôi có thể xác định nhu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị cho (các) hóa đơn y tế của quý vị.

Chúng tôi hiểu mong muốn của quý vị về quyền riêng tư. Ngoại trừ phục vụ mục đích xác minh, các thông tin quý vị cung cấp trong đơn sẽ được coi là thông tin bảo mật, và sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất cứ ai không thuộc Bệnh Viện Cộng Đồng, trừ khi được ủy quyền như nêu dưới đây.

Vui lòng điền tất cả các mục trong đơn. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn hoặc một tờ giấy rời. Có thể cần một bản báo cáo tín dụng để xác nhận thông tin đã nêu trong đơn. **Mọi tư liệu quý vị cung cấp sẽ trở thành tài sản của Bệnh Viện Cộng Đồng và không thể được trả lại cho quý vị.**

Bản sao tất cả các mục áp dụng với quý vị như dưới đây phải được cung cấp để phục vụ cho quyết định hỗ trợ.

1. Bản sao trọn vẹn của Tờ Khai Thuế năm ngoài **(ĐỂ LẤY TỜ KHAI CHÍNH THỨC CỦA I.R.S. VUI LÒNG GỌI 1-800-908-9946 hoặc truy cập trang web IRS.gov)** hoặc hoàn thành Tờ Khai Thuế. (Không bao gồm mẫu W-2 hoặc phiếu lương)
2. Bản sao trọn vẹn của Tờ Khai Thuế năm ngoài cùng Thư Cấp An Sinh Xã Hội (bao gồm cả thu nhập của vợ/chồng nếu có)
3. Bản sao trọn vẹn của Tờ Khai Thuế năm ngoài cùng Chứng Nhận Khuyết Tật của Bác Sĩ liệt kê các khuyết tật vĩnh viễn cùng các giấy tờ hỗ trợ.

**Nếu là lao động tự doanh, vui lòng cung cấp bản sao giấy tờ hoàn thuế thu nhập cá nhân được nộp gần đây nhất và bản kê khai lãi và lỗ hiện tại, bao gồm tất cả các phụ lục phù hợp.*

Quý vị cần hoàn thành đơn đăng ký này sau khi nhận được và gửi lại trong vòng 15 ngày. Nếu quý vị không thể cung cấp các thông tin được yêu cầu, đơn đăng ký của quý vị sẽ bị trì hoãn hoặc từ chối. **Đơn đăng ký đã hoàn thành sẽ được xem xét trong vòng 30 ngày sau khi nhận được và quý vị sẽ được thông báo về các quyết định được đưa ra trong vòng 60 ngày.** Bản sao Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và đơn đăng ký có tại www.communityhospitalokc.com và trung tâm Dịch Vụ Khách Hàng Bệnh Viện Cộng Đồng, **14024 Quail Pointe Drive, Oklahoma City, OK 73134** trong khuôn viên Bệnh Viện Cộng Đồng. Các bản sao miễn phí của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính và đơn đăng ký cũng có thể được cung cấp qua đường bưu điện bằng cách gọi đến bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số 405-419-8444. Thông tin bổ sung về Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính cũng được cung cấp theo yêu cầu tại các khu vực nhập viện và tại bộ phận Dịch vụ Khách Hàng, **14024 Quail Pointe Drive, Oklahoma City, OK 73134** hoặc qua điện thoại theo số **405-419-8444**.

Trân trọng,

Bệnh Viện Cộng Đồng
Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng

Đơn đăng ký nhận Hỗ Trợ Từ Thiện

CƠ SỞ: _____

Tài khoản số: _____

Người bảo lãnh số: _____

Tên bệnh nhân: Họ _____ Tên _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ: _____ **Thành phố:** _____ **Bang:** _____ **Mã zip:** _____

Tên Người bảo đảm: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Đã kết hôn _____ Độc thân _____ Đã ly dị _____ Ly thân _____ Góa _____

Quý vị có con nhỏ không (dưới 18 tuổi)? Có _____ Không _____

Các con có sống cùng quý vị không? Có _____ Không _____

Con của quý vị có phải là con đẻ/nhận nuôi hợp pháp không? Có _____ Không _____

Tên của Chủ sử dụng lao động

Tên của Chủ sử dụng lao động của vợ/chồng

Số điện thoại, _____

Số điện thoại, _____

Địa chỉ, _____

Địa chỉ, _____

Nghề nghiệp _____

Nghề nghiệp _____

Thu nhập
(Con số hàng tháng)

Tổng

Ròng

Số thành viên trong gia đình

Bệnh nhân đô-la _____ đô-la _____

Con: _____ Tuổi: _____

Vợ/Chồng đô-la _____ đô-la _____

Con: _____ Tuổi: _____

Người Phụ Thuộc đô-la _____ đô-la _____

Con: _____ Tuổi: _____

Hỗ Trợ Công đô-la _____ đô-la _____

Con: _____ Tuổi: _____

Phiếu Thực Phẩm đô-la _____ đô-la _____

Con: _____ Tuổi: _____

An Sinh Xã Hội đô-la _____ đô-la _____

Thất Nghiệp đô-la _____ đô-la _____

TỔNG đô-la _____ đô-la _____

Vui lòng cung cấp thêm bất cứ thông tin nào quý vị thấy hữu ích cho chúng tôi trong việc xác định quý vị có đủ điều kiện được hỗ trợ thanh toán các hóa đơn y tế hay không.

Tôi hiểu rằng Bệnh Viện Cộng Đồng có thể xác nhận các thông tin tài chính có trong đơn đăng ký này có liên quan đến việc xem xét đơn này, và do đó tôi cho phép Bệnh Viện Cộng Đồng chia sẻ các thông tin cần thiết để cân nhắc yêu cầu hỗ trợ tài chính của tôi, bao gồm liên hệ với chủ sử dụng lao động của tôi để xác nhận các thông tin đã được cung cấp và yêu cầu bản báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác nhận khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ từ thiện của tôi. Thông tin trong đơn này là đúng đắn và chính xác theo hiểu biết tối đa của tôi. Tôi hiểu rằng bất cứ thông tin sai lệch, không đầy đủ hoặc không đúng đắn nào đều sẽ dẫn đến việc từ chối đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của tôi. **Tôi đồng ý thông báo cho Bệnh Viện Cộng Đồng về bất cứ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi. Đơn đăng ký này chỉ có thể được xử lý khi đã được điền hoàn thiện, nếu không đơn sẽ được trả về để bệnh nhân hoàn thành.** Tôi cũng hiểu rằng các khoản bồi hoàn phí y tế mà tôi nhận được liên quan đến việc nhập viện này phải được gửi cho Bệnh Viện Cộng Đồng.

Chữ ký của người yêu cầu _____

Ngày _____

Chữ ký của người yêu cầu, nếu không phải bệnh nhân là người yêu cầu _____

Mối quan hệ _____