



Vui lòng đọc kỹ trước khi hoàn thành quá trình nộp đơn đăng ký.

Sharp HealthCare cung cấp dịch vụ hỗ trợ tài chính, chăm sóc giảm giá hoặc chăm sóc từ thiện cho các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn (bệnh nhân không có bảo hiểm với thu nhập thấp và bệnh nhân có bảo hiểm với thu nhập thấp phải trả chi phí y tế cao thỏa mãn tiêu chuẩn cụ thể). Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: Phải là các dịch vụ cấp cứu và cần thiết về mặt y tế. Mức tổng thu nhập phải bằng hoặc thấp hơn 200% theo Hướng dẫn Mức nghèo của Liên bang để được hỗ trợ tài chính, hoặc từ 201% - 400% để được hỗ trợ tài chính một phần/chăm sóc giảm giá. Mọi nguồn trợ cấp hiện có phải tuân thủ và ra quyết định dựa trên sự hợp tác toàn diện. Các lựa chọn trợ cấp bao gồm Dịch vụ Y tế Quận (CMS), Medi-Cal, Chương trình Bồi thường cho Nạn nhân California, v.v... Các đơn xin hỗ trợ tài chính bị từ chối vì thiếu hợp tác sẽ không được xét duyệt. Ứng viên phải hoàn thành và gửi lại Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đính kèm cùng tất cả các tài liệu bổ sung được liệt kê dưới đây tốt nhất là trong vòng 10 ngày kể từ ngày nhận đơn.

Các bác sĩ phòng cấp cứu và nhà cung cấp khác hiện cũng có hỗ trợ tài chính (được tính hóa đơn riêng). Vui lòng liên hệ với văn phòng lập hóa đơn của bác sĩ để biết thêm thông tin về chương trình hỗ trợ tài chính của họ theo số điện thoại ghi trong thông báo giao dịch.

Các tài liệu bổ sung bao gồm (Vui lòng gửi bản sao của tài liệu gốc, vì sẽ không hoàn trả lại.):

- Xác nhận thu nhập trong ba tháng (tất cả các mẫu theo yêu cầu):
 - ~ Tất cả các sao kê ngân hàng trong vòng ba (3) tháng gần nhất
 - ~ Phiếu lương hoặc các bằng chứng về thu nhập khác trong vòng ba (3) tháng gần nhất
 - ~ Đơn hoàn thuế thu nhập nộp cho năm gần nhất (ví dụ: mẫu 1040)
 - ~ Mẫu Lợi nhận và Thua lỗ Hàng năm (lịch trình C), dành cho lao động tự do.
- Nếu áp dụng, bao gồm bản sao thư từ chối của chương trình hỗ trợ tài chính của quận hay tiểu bang, như là CMS, hoặc Medi-Cal.
- Bản sao của tất cả các hóa đơn y tế do bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân đã tự thanh toán hàng năm trong 12 tháng trước.
- Sinh viên trên 18 tuổi đang sống độc lập phải cung cấp thông tin riêng bao gồm bằng chứng ghi danh học.
- Sinh viên trên 18 tuổi, là người phụ thuộc, có thể cung cấp một bản cam kết hỗ trợ hữu thệ từ bên thứ ba tài trợ và cung cấp bằng chứng ghi danh học, cũng như tất cả các tài liệu theo yêu cầu trước đó.

Sharp HealthCare hoặc các đại lý của họ có thể yêu cầu thêm thông tin để bổ sung vào đơn và điều kiện để bạn được hỗ trợ tài chính. Có thể cần phải xác nhận mọi thông tin, bao gồm nhưng không giới hạn việc liên hệ với chủ lao động, ngân hàng của bạn, xác nhận tín dụng, và tìm kiếm tài sản trong và ngoài Hoa Kỳ.

Chúng tôi sẽ thông báo kết quả cho bạn bằng văn bản trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận đơn. Cho tới khi có quyết định tài chính cuối cùng, Sharp HealthCare sẽ vẫn khám chữa bệnh cho bạn. Nếu bạn có câu hỏi nào liên quan đến Đơn xin Hỗ trợ Tài chính, vui lòng liên hệ với chúng tôi trực tuyến tại <http://www.sharp.com/billing>, hoặc gọi điện từ thứ Hai tới thứ Sáu từ 8:00 sáng – 4:30 chiều (PST) theo số (858) 499-2400.

Số người trong Đơn vị Gia đình	Bộ phận Dịch vụ Con người và Sức khỏe Hướng dẫn Mức nghèo 2024 (200%)	400% theo Hướng dẫn Mức nghèo Liên bang
1	\$30,120.00/năm hoặc \$2,510.00/tháng	\$60,240.00/năm hoặc \$5,020.00/tháng
2	\$40,880.00/năm hoặc \$3,406.00/tháng	\$81,760.00/năm hoặc \$6,813.00/tháng
3	\$51,640.00/năm hoặc \$4,303.00/tháng	\$103,280.00/năm hoặc \$8,606.00/tháng
4	\$62,400.00/năm hoặc \$5,200.00/tháng	\$124,800.00/năm hoặc \$10,400.00/tháng
5	\$73,160.00/năm hoặc \$6,096.00/tháng	\$146,320.00/năm hoặc \$12,193.00/tháng
Thêm Một Người	\$10,760.00/năm	\$21,520.00/năm

Để biết thêm thông tin liên quan đến Hướng dẫn Mức Nghèo Liên bang, Medi-Cal, Covered California, hoặc CMS hãy truy cập:

Hướng dẫn Mức nghèo Liên bang <https://www.federalregister.gov>

Consumer Alliance: <https://consumerhealth.org>

Covered California <https://www.coveredca.com/vietnamese/>

Medi-Cal <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>

CMS www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services



ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

GỬI LẠI:

Sharp HealthCare
8695 Spectrum Center Blvd.
San Diego, CA 92123
Private Pay Unit/PFS-ICD

Hoặc

Email tới: SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com

FAX tới: (858) 636-2368

(Các) Số Khám bệnh

Tổng \$ _____

Mẫu này cho phép việc sử dụng và tiết lộ các thông tin y tế được bảo vệ theo cách thức nêu dưới đây và là tự nguyện. Sharp HealthCare không thể dùng chữa bệnh cho bạn chỉ vì bạn từ chối hoàn thành mẫu này. Việc hoàn thành mẫu này không bảo đảm bạn sẽ đủ tiêu chuẩn hay sẽ được hỗ trợ tài chính.

Theo quy định của luật liên bang, tôi cho phép các nhân viên hoặc đại lý của Sharp HealthCare được sử dụng hoặc tiết lộ các thông tin mà tôi đã cung cấp hoặc có trong mẫu này để quyết định xem liệu tôi có đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ tài chính hay không hoặc liệu bệnh viện có đủ điều kiện để hỗ trợ tài chính để thanh toán một phần hoặc tất cả các chi phí chăm sóc cho tôi hay không. Tôi hiểu rằng cần phải điền hết mẫu này. Tôi cũng hiểu rằng mình vẫn có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn viện phí, cho dù có được trợ giúp hay không, trừ khi tôi đủ điều kiện được Hỗ trợ Tài chính. Thông tin tôi cũng cấp trong mẫu này chỉ được cung cấp khi cần cho:

- 1) Các công ty được có thể cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế tại bệnh viện miễn phí hoặc thuốc điều trị thay thế chi phí thấp tùy theo tình hình tài chính của tôi.
- 2) Các tổ chức từ thiện, doanh nghiệp hay tổ chức chính phủ cụ thể khác có thể cung cấp các chương trình hỗ trợ tài chính có liên quan tới y tế.

I. Thông tin Bệnh nhân (vui lòng viết in hoa)

Tên _____ Số An sinh Xã hội # _____
Địa chỉ _____ Ngày sinh _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip _____ Nhà # _____
Chủ lao động _____ Nơi làm việc # _____
Nghề nghiệp _____ Bệnh nhân đã được tuyên bố là tàn tật vĩnh viễn chưa?
 Có Không

II. Thông tin về Vợ/Chồng (Hoặc Cha mẹ nếu Bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi)

Tên _____ Số An sinh Xã hội # _____
Địa chỉ _____ Ngày sinh _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip _____ Nhà # _____
Chủ lao động _____ Nơi làm việc # _____
Nghề nghiệp _____

III. Cha mẹ khác (Nếu Bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi)

Tên _____ Số An sinh Xã hội # _____
Địa chỉ _____ Ngày sinh _____
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip _____ Nhà # _____
Chủ lao động _____ Nơi làm việc # _____
Nghề nghiệp _____

IV. Danh sách Những người Sống ở Nhà Bệnh nhân (hay Nhà Cha mẹ nếu Bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi)

TÊN	MỐI QUAN HỆ	TUỔI

V. Thu nhập Hàng tháng

Lương của Bệnh nhân * _____
 Lương của Vợ/Chồng * _____
 Lương của Cha mẹ * _____
 (Nếu bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi)
 Số An sinh Xã hội * _____
 Lương hưu Không hoãn lại * _____
 Khuyết tật * _____
 Thất nghiệp * _____
 Tiền cấp dưỡng/Nuôi con **** _____
 Lãi suất * _____
 Thuê nhà _____
 Khác _____
TỔNG _____

VI. Chi phí Sống Thiết yếu

Thuê nhà/Trả góp (khoanh tròn một) _____
 Chi phí Bảo trì _____
 Tiền cấp dưỡng/Nuôi con **** _____
 Thực phẩm/Đồ dùng _____
 Tiện ích/Điện thoại _____
 Quần áo _____
 Bảo hiểm Y tế/Nha khoa _____
 Ô tô/Di chuyển _____
 Đi học hay Chăm sóc Trẻ em _____
 Trả góp/Xoay vòng _____
 (Các) Khoản Y tế Hiện Phải trả: _____
 Xăng dầu & Sửa chữa _____
 Giặt đồ/Dọn dẹp _____
 Khác _____
TỔNG _____

VII. Tài sản

Tiền mặt Hiện có _____
 Bất động sản ở Hoa Kỳ hoặc Nước ngoài:
 Địa chỉ _____ Giá trị _____ Tài sản ròng _____
 Địa chỉ _____ Giá trị _____ Tài sản ròng _____
 Giá trị Doanh nghiệp _____
 Khác _____
TỔNG _____

VIII. Tài sản khác

Tài khoản Thanh toán #/Tổ chức **Số dư _____
 Tài khoản Tiết kiệm #/Tổ chức ** Số dư _____
 Phương tiện 1 (Năm/Sản xuất/Mẫu/Giá trị) _____
 Phương tiện 2 (Năm/Sản xuất/Mẫu/Giá trị) _____
 RV/Thuyền/Xe máy/Nhà di động: (Năm/Sản xuất/Mẫu/Giá trị) _____
TỔNG _____

*Bao gồm phiếu lương hoặc bằng chứng về thu nhập khác trong ba (3) tháng gần đây nhất.

**Bao gồm ba (3) sao kê ngân hàng gần đây nhất.

*** Bao gồm bản sao tất cả các hóa đơn y tế mà bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân đã tự thanh toán hàng năm.

****Cung cấp các tài liệu bổ sung như phán quyết của tòa án, hợp đồng, lệnh nắm giữ tài sản thế chấp, v.v...

-
- Tôi xác nhận rằng thông tin khai trên mẫu này là đúng sự thật và chính xác với tất cả sự hiểu biết của tôi.
 - Tôi đồng ý sẽ thông báo cho các nhà cung cấp dịch vụ trong vòng 10 ngày nếu có thay đổi gì về thu nhập, tài sản, chi phí, hộ gia đình, hoặc địa chỉ.
 - Tôi biết mình có thể được yêu cầu chứng minh những gì đã khai và việc tôi đủ điều kiện hay không sẽ được xác thực, bao gồm nhưng không giới hạn việc: liên hệ với chủ lao động, ngân hàng của tôi, xác thực tín dụng, và tìm kiếm tài sản trong và ngoài Hoa Kỳ.
 - Tôi cũng đồng ý trong việc cân nhắc được hưởng dịch vụ chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc bị thương, tôi đồng ý sẽ bồi thường cho chính quyền quận, tiểu bang, liên bang hoặc bệnh viện trong quá trình kiện tụng hay dàn xếp là hệ quả của hành động này.
 - Tôi hiểu rằng nếu mình không đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ tài chính, thì cá nhân tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ mà Sharp HealthCare đã cung cấp. Tôi có thể phản đối quyết định này trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận kết quả đơn xin hỗ trợ tài chính cùng với các tài liệu bổ sung bằng văn bản hoặc đặt lịch hẹn gặp trực tiếp với một quản lý doanh nghiệp, giám đốc tài chính, hoặc một quản lý phù hợp. Để đặt lịch hẹn, hãy gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng, từ thứ Hai tới thứ Sáu, 8 sáng – 4:30 chiều (PST) theo số (858) 499-2400. Sau 30 ngày có thể sẽ được yêu cầu nộp một đơn mới để xem xét việc phản đối.
 - Chữ ký dưới đây cho phép Sharp HealthCare được nhận báo cáo tín dụng để giúp xác định xem bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ tài chính hay không. Tôi hiểu rằng thông tin này có thể được chia sẻ với bên thứ ba như đã đề cập trong mẫu này.
 - Tôi hiểu rằng một khi thông tin của tôi ra khỏi Sharp HealthCare, thì Sharp không còn có thể kiểm soát hay bảo vệ trực tiếp thông tin của tôi, và tôi giải thoát cho Sharp HealthCare khỏi bất kỳ trách nhiệm nào có thể phát sinh trong việc tiết lộ thông tin của tôi cho các dạng công ty hay tổ chức đã liệt kê ở trên.
 - Tôi hiểu rằng mình có thể thu hồi việc ủy quyền này bằng văn bản tại bất kỳ thời điểm nào, theo như chỉ dẫn trong Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của Sharp HealthCare, trừ trường hợp đã thực hiện theo ủy quyền này rồi.

Đơn ủy quyền này sẽ kết thúc theo Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này, trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận đơn.

Bình luận _____

Chữ ký của Bệnh nhân _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của Vợ/Chồng _____

Ngày tháng năm _____

Cha mẹ/Người giám hộ _____

Ngày tháng năm _____