Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Mã số/Mã số đăng ký người bảo lãnh: _____

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Địa chỉ nhà: _____

Đường _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính

Số Điện Thoại: (H) _____ (C) _____ Thời điểm tốt nhất để gọi? _____

☐ **Tôi xác nhận rằng tôi là thành viên của một nhóm Anabaptist mà tín ngưỡng đã được thiết lập của nhóm này cấm tham gia hoặc đăng ký chương trình Medicaid.**

Quý vị có Kế Hoạch Chia Sẻ không? Có ☐ **Không** ☐

Tên Gói: _____ **tỷ lệ thanh toán (%):** _____

Tên Của Phó Tế: _____ **Số Điện Thoại:** _____

Hội Nghị/Nhóm Nhà Thờ: _____

Thành Viên Hộ Gia Đình – (Chỉ bao gồm những người được liệt kê trên tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất. Nếu hộ gia đình có hơn bảy thành viên, vui lòng thêm các thành viên còn lại vào trang 2 của đơn đăng ký.)

Tên:	Mối quan hệ	NGÀY SINH
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

Tổng Thu Nhập Hàng Tháng Nhận Được Từ TẤT CẢ Các Thành Viên Trong Hộ Gia Đình được liệt kê ở trên: Tiền Lương/Thu Nhập (trước thuế): _____

Thu Nhập An Sinh Xã Hội: _____

Trợ Cấp Thất Nghiệp/Bồi Thường Tai Nạn Lao Động: _____

Các quyền lợi từ Cục Cựu Chiến Binh (Veteran's Administration, VA): _____

Lương Hưu/Trợ Cấp: _____

Hỗ Trợ Tiền Mặt: _____

Trợ Cấp Nuôi Con: _____ **Trợ Cấp Vợ/Chồng:** _____

Thu Nhập Không Do Lao Động (Quỹ Tín Thác, Tiền Lãi, Tiền Cho Thuê, Trợ Cấp Khuyết Tật): _____

Nguồn Lực Có Thể Tính Được Của Hộ Gia Đình: Vui lòng liệt kê các tài khoản hiện có và tài sản thanh khoản của gia đình quý vị. Tài sản thanh khoản được định nghĩa là tiền mặt hoặc bất kỳ loại tài sản có thể chuyển nhượng nào có thể được chuyển đổi nhanh chóng và dễ dàng thành tiền mặt. Không bao gồm nhà ở, đồ dùng gia đình, xe cộ, tài khoản IRA, 401(K) và các tài sản không thanh khoản khác.

Đang Kiểm Tra: _____

Tiết Kiệm: _____

Tài Khoản Tiết Kiệm Sức Khỏe (Health Savings Act, HSA)/ (HRA): _____

Câu Lạc Bộ Giáng Sinh/Kỳ Nghỉ: _____

Cổ Phiếu/ Trái Phiếu/ Quỹ Tương Hỗ/ Thị Trường Tiền Tệ: _____

Chứng Chỉ Tiền Gửi: _____

Trái Phiếu Tiết Kiệm Hoa Kỳ: _____

Quỹ Tín Thác: _____

Các dịch vụ ứng dụng di động (PayPal, Cash App, Venmo, Apple Pay, v.v.) _____

Khác (vui lòng giải thích): _____

Giấy Tờ Chứng Minh Thu Nhập và nguồn lực phải được đính kèm cùng đơn xin trợ cấp (Vui lòng đính kèm các giấy tờ sau nếu có):

☐Có ☐Không Tờ Khai Thuế Liên Bang Đầy Đủ gần đây nhất. Cá nhân và/hoặc doanh nghiệp (lợi nhuận và thua lỗ).

☐Có ☐Không Phiếu lương hiện tại/liên tục trong 30 ngày qua đối với mỗi ứng viên đang làm việc trong hộ gia đình.

☐Có ☐Không Thư giải thưởng thể hiện các khoản tiền gửi An Sinh Xã Hội, tình trạng khuyết tật khác, lương hưu, bồi thường của người lao động hoặc các khoản thanh toán trợ cấp thất nghiệp.

☐Có ☐Không có tài liệu hỗ trợ về Trẻ em/Tiền cấp dưỡng

☐Có ☐Không 3 Sao Kê Hiện Tại/Liên Tiếp cho tất cả các thành viên trong gia đình bao gồm các dịch vụ séc/tiết kiệm/paypal/ứng dụng di động, tất cả các trang. Nếu tự kinh doanh 6 bản sao kê ngân hàng hiện hành/liên tiếp, tất cả các cá nhân và mọi doanh nghiệp.

☐Có ☐Không Giải thích bằng văn bản về tất cả các khoản tiền gửi trên $100 trong tài khoản ngân hàng (không bao gồm tiền gửi trực tiếp và An Sinh Xã Hội

☐Có ☐Không Xác minh các nguồn lực có thể tính đếm được

☐Có ☐Không Nếu hộ gia đình không có thu nhập, thư của những người đang hỗ trợ cuộc sống hàng ngày cần giải thích về sự giúp đỡ mà người đó cung cấp.

☐Có ☐Xác minh tất cả chi phí hàng tháng của những người đăng ký đủ điều kiện Medicare.

Quý vị có chương trình bảo hiểm y tế không? Có ☐ Không ☐ **Nếu không, tại sao?** _____

Quý vị đã nộp đơn xin trợ cấp y tế chưa? Có ☐ Không ☐ **Nếu có, vui lòng đính kèm thông báo**

Quý vị đã đăng ký bảo hiểm chăm sóc giá cả phải chăng thông qua Đạo Luật Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng (Affordable Care Act, ACA) chưa? Có – Không. **Nếu có, vui lòng đính kèm thông báo.**

Tôi xin xác nhận rằng những thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin sai lệch hoặc việc không cung cấp đầy đủ thông tin nào đều có thể gây hại. Thông tin không đầy đủ sẽ làm vô hiệu hóa đơn đăng ký này. Thông tin này chỉ nhằm mục đích xác định điều kiện. Tôi cũng hiểu rằng thông tin này có thể được chia sẻ với Phó Tế Cộng Đồng của tôi nếu có. Để xử lý đơn đăng ký của quý vị, chúng tôi yêu cầu thông tin chứng minh thu nhập. Chúng tôi sẽ phối hợp với quý vị để đánh giá trình độ của bạn cho chương trình dựa trên thông tin quý vị đã cung cấp cho WellSpan Health. Người nộp đơn hiểu rằng nếu họ có kế hoạch chia sẻ chi phí, đơn đăng ký này sẽ được giữ lại cho đến khi chúng tôi nhận được khoản thanh toán từ phần chi phí mà kế hoạch chia sẻ đó phải trả. Sau khi nhận được thanh toán, chúng tôi sẽ tiến hành xem xét và phê duyệt số dư còn lại của bệnh nhân. Quý vị vẫn có thể nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được các tài liệu hỗ trợ để hoàn tất đơn đăng ký của quý vị.

Chữ Ký Của Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

Vui lòng nộp đơn đăng ký đã hoàn chỉnh và có chữ ký cùng với tất cả các giấy tờ cần thiết và/hoặc nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về quy trình đăng ký:

Điện thoại: 717-851-5051 Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều
Fax: 717-851-3100
Email: WSHFinancialAssistance@wellspan.org
Mail: PO Box 20607 York, PA 17402

THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG (Tiếp theo trang 1 nếu cần)

Thành Viên Hộ Gia Đình – (Chỉ bao gồm những người được liệt kê trên tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất. Nếu hộ gia đình có hơn bảy thành viên, vui lòng thêm các thành viên còn lại vào trang 2 của đơn đăng ký.)

Tên:	Mối quan hệ	Ngày sinh

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group
York County
1001 S George St.
PO Box 15198
York, PA 17403
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Evangelical Community Hospital/WellSpan Medical Group
Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group
Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Gettysburg Hospital/
WellSpan Medical Group
Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều.

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717)851-5051 (điện thoại)
(717)851-3100 (fax)
Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 4 giờ chiều