

Stanford Medicine Children's Health cung cấp nhiều lựa chọn hỗ trợ cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc không được bảo hiểm đầy đủ.

Các lựa chọn tài chính bao gồm:

Không Cần Nộp Đơn Đăng Ký

- **Chiết Khấu cho Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm**
Có thể loại trừ một số dịch vụ.
- **Các Kế Hoạch Thanh Toán Không Lãi Suất**
Số dư thường được thanh toán trong vòng 6 tháng.

Cần Nộp Đơn Đăng Ký

- **Chiết Khấu theo Nhu Cầu Tài Chính**
Mức chiết khấu tương đương với mức các cơ quan bảo hiểm của chính phủ áp dụng. Có thể loại trừ một số dịch vụ.
- **Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần**
Chi trả 100% chi phí mà bệnh nhân phải trả. Có thể loại trừ một số dịch vụ.
- **Các Kế Hoạch Thanh Toán Không Lãi Suất Mở Rộng**
Dành cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận chiết khấu theo nhu cầu tài chính.

Mức hỗ trợ tài chính theo nhu cầu. Có thể bao gồm khoản chiết khấu hoặc hỗ trợ tài chính toàn phần. **Để được xem xét cấp hỗ trợ tài chính, quý vị phải cung cấp tất cả các tài liệu sau đây:**

- Đơn đăng ký hoàn chỉnh
- Bảng chứng về thu nhập
- Bảng chứng về chi phí y tế phát sinh bên ngoài Stanford Medicine Children's Health.

Sau khi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị, chúng tôi sẽ đánh giá xem quý vị có đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình của tiểu bang hoặc quận hay không. Nếu kết quả đánh giá này cho thấy quý vị không đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình này, thì chúng tôi sẽ đánh giá đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của quý vị để xác định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn

nhận chiết khấu theo nhu cầu tài chính hoặc được hỗ trợ tài chính toàn phần hay không.

Những người nộp đơn đủ tiêu chuẩn có thể nhận được hỗ trợ chi phí viện phí cho các dịch vụ được cung cấp tại Stanford Medicine Children's Health và chi phí khám chữa bệnh của các bác sĩ thuộc Đại Học Stanford.

Chiết khấu theo nhu cầu tài chính và hỗ trợ tài chính toàn phần không áp dụng cho tất cả các dịch vụ. Việc xem xét hỗ trợ cho các dịch vụ trong tương lai sẽ theo nhu cầu y tế thiết yếu và chi phí điều trị bệnh nghiêm trọng.

Khi xem xét hỗ trợ tài chính, chúng tôi ưu tiên hàng đầu cho những trường hợp cấp cứu. Tiếp theo, chúng tôi ưu tiên hỗ trợ cho những trường hợp đã hoặc sẽ cần các dịch vụ cần thiết về mặt y tế, không phải cấp cứu, thuộc một trong hai nhóm sau:

A. Nhóm 1

Stanford Medicine Children's Health là bệnh viện gần nhà hoặc nơi làm việc của bệnh nhân nhất; hoặc

B. Nhóm 2

Stanford Medicine Children's Health không phải là bệnh viện gần nhà hoặc nơi làm việc của bệnh nhân nhất, nhưng có một hoặc nhiều yếu tố sau áp dụng:

- a. Bệnh nhân có một tình trạng đặc biệt hoặc bất thường cần được điều trị tại Stanford Medicine Children's Health theo quyết định của Giám Đốc Phụ Trách Chất Lượng và Giám Đốc Phụ Trách Thông Tin Y Tế của SMCH.
- b. Việc điều trị cho bệnh nhân sẽ góp phần thúc đẩy sứ mệnh đào tạo của bệnh viện, theo quyết định của Giám Đốc Phụ Trách Chất Lượng và Giám Đốc Phụ Trách Thông Tin Y Tế của SMCH.

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA SMCH SỐ HỒ SO Y TẾ _____

Hỗ Trợ Tài Chính: (650) 736-2273 Fax: (650) 497-8610 hoặc Email: PFA@stanfordchildrens.org Trang 1 trong 6

Thông Tin Quan Trọng Bắt Buộc gửi cùng với Đơn Đăng Ký

Bằng Chứng về Thu Nhập (PO I)

Vui lòng cung cấp thông tin sau hoặc giải thích lý do nếu thông tin đó không có sẵn. Việc thiếu hồ sơ có thể khiến việc xử lý đơn đăng ký của quý vị bị chậm trễ và có thể dẫn đến việc từ chối hỗ trợ.

Dưới đây là danh sách tài liệu POI bắt buộc cho từng loại thu nhập. Quý vị phải cung cấp các tài liệu này để được xem xét nhận Hỗ Trợ Tài Chính của SMCH.

Loại Thu Nhập	Tài Liệu Bắt Buộc
Thu Nhập từ Công Việc	- Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất - Bản sao hai phiếu lương gần nhất
Tự Kinh Doanh	Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất
An Sinh Xã Hội/Hưu Trí	- Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất - Bản sao Quyết Định Hưởng Lương Hưu/An Sinh Xã Hội từ Cơ Quan Quản Lý An Sinh Xã Hội ghi rõ số tiền hưởng hàng tháng - Bản sao thông báo thanh toán hàng tháng từ Cơ Quan Quản Lý An Sinh Xã Hội
Trợ Cấp Khuyết Tật	- Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất - Bản sao Quyết Định Hưởng Trợ Cấp Khuyết Tật ghi rõ số tiền trợ cấp khuyết tật hàng tháng - Bản sao thông báo thanh toán hàng tháng từ cơ quan trợ cấp khuyết tật
Trợ Cấp Thất Nghiệp	- Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất - Bản sao Quyết Định Hưởng Trợ Cấp Thất Nghiệp ghi rõ số tiền trợ cấp hàng tuần hoặc hàng tháng - Bản sao thông báo thanh toán hàng tháng từ cơ quan trợ cấp thất nghiệp
Cấp Dưỡng cho Vợ / Chồng / Trợ Cấp Nuôi Con	- Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất - Bản sao giấy tờ chứng nhận số tiền cấp dưỡng hàng tháng
Thu Nhập từ Cho Thuê Bất Động Sản	Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất
Thu Nhập từ Đầu Tư	Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất
Chứng Minh Người Phụ Thuộc	Bản sao Tờ khai thuế thu nhập cá nhân (Mẫu 1040) của năm thuế gần nhất

Chúng tôi sẽ nỗ lực tối đa để xử lý đơn đăng ký của quý vị một cách nhanh chóng. Sau khi đơn đăng ký được xem xét, quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả.

Gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh cùng với tất cả tài liệu hỗ trợ bắt buộc qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:

Stanford Medicine Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance 4700
Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

Quý vị cũng có thể gửi đơn đăng ký và tài liệu qua fax đến số: **(650) 497-8610** hoặc qua thư đến địa chỉ: **PFA@stanfordchildrens.org**

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA SMCH SỐ HỒ SO Y TẾ _____

Hỗ Trợ Tài Chính: **(650) 736-2273** Fax: **(650) 497-8610** hoặc Email: **PFA@stanfordchildrens.org**

Trang 2 trong 6

Vui Lòng Viết In Hoa Tất Cả Thông Tin

Ngày nộp đơn đăng ký: _____

1. THÔNG TIN GIA ĐÌNH | vui lòng cung cấp tên của tất cả mọi người để được xem xét cấp hỗ trợ tài chính

Họ	Tên	Viết tắt tên đệm	Số hồ sơ y tế	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Họ	Tên	Viết tắt tên đệm	Số hồ sơ y tế	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
Họ	Tên	Viết tắt tên đệm	Số hồ sơ y tế	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng ghi tên (các) phụ huynh/người giám hộ là người nộp đơn và người cùng nộp đơn.

2. THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)

Mối quan hệ với bệnh nhân				Tình trạng hôn nhân	
☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng/bạn đời cùng chung sống ☐ Phụ huynh ☐ Khác: _____				☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn/Có bạn đời cùng chung sống ☐ Ly hôn ☐ Ly thân	
Họ	Tên				Viết tắt tên đệm
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số người phụ thuộc (ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)	Tuổi của người phụ thuộc	Điện thoại nhà riêng (xxx) xxx-xxxx	Điện thoại di động (xxx) xxx-xxxx	
Địa chỉ đường phố (Không ghi hòm thư bưu điện)		Thành phố	Tiểu bang	Quận	Mã Zip
Chủ lao động hiện tại		Địa chỉ đường phố, Thành phố, Tiểu bang			Vị trí

* Nếu quý vị hiện không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp được bao lâu?

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA SMCH SỐ HỒ SO Y TẾ _____

Hỗ Trợ Tài Chính: (650) 736-2273 Fax: (650) 497-8610 hoặc Email: PFA@stanfordchildrens.org

Trang 3 trong 6

043812|P003678|0125

Nếu quý vị đã đánh dấu Có cho mục Đã kết hôn hoặc Có bạn đời cùng chung sống: Vui lòng hoàn thành Phần 3.

3. THÔNG TIN NGƯỜI CÙNG NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)

Mối quan hệ với bệnh nhân					
☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng/bạn đời cùng chung sống ☐ Phụ huynh ☐ Khác: _____					
Họ		Tên		Viết tắt tên đệm	
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	Số người phụ thuộc (ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)	Tuổi của người phụ thuộc	Điện thoại nhà riêng (xxx) xxx-xxxx	Điện thoại di động (xxx) xxx-xxxx	
Địa chỉ đường phố (Không ghi hòm thư bưu điện)		Thành phố	Tiểu bang	Quận	Mã Zip
Chủ lao động hiện tại		Địa chỉ đường phố, Thành phố, Tiểu bang			Vị trí
* Nếu quý vị hiện không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp được bao lâu?					

4. CÁC CÂU HỎI KHÁC VỀ BẢO HIỂM | Tất cả câu trả lời liên quan đến bệnh nhân

Đánh dấu vào câu trả lời phù hợp

1. Bệnh nhân đang xin hỗ trợ cho hoá đơn đối với: Dịch vụ đã sử dụng: (Ghi rõ ngày: _____) Dịch vụ trong tương lai (Ghi rõ ngày: _____)	☐ Có ☐ Không
2. Bệnh nhân có bảo hiểm y tế không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên Bảo Hiểm Y Tế: _____ Tên Người Đăng Ký: _____ Số Định Danh Thành Viên/Bệnh Nhân: _____ Số Nhóm: _____ Tên Nhóm/Chủ Lao Động: _____ Ngày Có Hiệu Lực: _____ Số Điện Thoại của Bảo Hiểm Y Tế: _____	☐ Có ☐ Không
3. Bệnh nhân có hội đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ y tế của tiểu bang không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên chương trình: _____ Quận: _____ Số Định Danh Bệnh Nhân: _____	☐ Có ☐ Không

(Tiếp theo ở trang sau)

Đánh dấu vào câu
 trả lời phù hợp

4. CÁC CÂU HỎI KHÁC VỀ BẢO HIỂM | Tất cả câu trả lời liên quan đến bệnh nhân (tiếp theo)

4.	Bệnh nhân có đang điều trị thương tích được bảo hiểm Bồi Thường Cho Người Lao Động không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Công Ty Bảo Hiểm Bồi Thường Cho Người Lao Động: _____ Tên Điều Tra Viên: _____ Số Điện Thoại của Điều Tra Viên: _____ Ngày Xảy Ra Thương Tích: _____ Số Yêu Cầu Bồi Thường/Số Trường Hợp: _____	☐ Có ☐ Không
5.	Bệnh nhân có đang điều trị thương tích được bảo hiểm bởi Bên Thứ Ba như Công Ty Bảo Hiểm Ô Tô không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Công Ty Bảo Hiểm Ô Tô hoặc Luật Sư: _____ Số Điện Thoại của Công Ty Bảo Hiểm Ô Tô hoặc Luật Sư: _____ Ngày Xảy Ra Thương Tích: _____ Số Yêu Cầu Bồi Thường/Số Trường Hợp: _____	☐ Có ☐ Không
6.	Bệnh nhân có phải là Nạn Nhân của Tội Phạm không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Ngày Xảy Ra Thương Tích: _____ Tên của Nhân Viên Phụ Trách Trường Hợp: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Phụ Trách Trường Hợp: _____ Số Trường Hợp: _____	☐ Có ☐ Không

5. THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

Nguồn Thu Nhập Hàng Tháng	Người Nộp Đơn	Người Cùng Nộp Đơn	Thu Nhập Hàng Tháng Kết Hợp (Người Nộp Đơn + Người Cùng Nộp Đơn)
Thu Nhập từ Công Việc	\$	\$	\$
An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$
Trợ Cấp Khuyết Tật	\$	\$	\$
Trợ Cấp Thất Nghiệp	\$	\$	\$
Cấp Dưỡng cho Vợ/Chồng/Trợ Cấp Nuôi Con	\$	\$	\$
Thu Nhập từ Cho Thuê Bất Động Sản	\$	\$	\$
Thu Nhập từ Đầu Tư	\$	\$	\$
Sử dụng khoảng trống này cho thu nhập khác	\$	\$	\$
Tổng Thu Nhập Hàng Tháng Kết Hợp			\$

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA SMCH SỐ HỒ SO Y TẾ _____

 Hỗ Trợ Tài Chính: (650) 736-2273 Fax: (650) 497-8610 hoặc Email: PFA@stanfordchildrens.org

Trang 5 trong 6

043812|P003678|0125

6. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ THU NHẬP HÀNG THÁNG, VUI LÒNG CHO BIẾT QUÝ VỊ CHI TRẢ CHI PHÍ HÀNG THÁNG NHƯ THẾ NÀO. | Sử dụng thêm giấy nếu cần

SSS

7. CHỮ KÝ

Tôi xin xác nhận rằng tất cả thông tin trên là chính xác và đầy đủ, đồng thời ủy quyền cho Stanford Medicine Children's Health yêu cầu và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào nêu trên nếu cần thiết.

Người Nộp Đơn

Ngày

Người Cùng Nộp Đơn

Ngày

Gửi lại đơn đăng ký hoàn chỉnh đến:

**Stanford Medicine Children's Health
Attention: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025**

Hoặc gửi email đến:

PFA@stanfordchildrens.org

Hoặc fax đến số:

Fax: (650) 497-8610