

Stanford Children's Health có nhiều lựa chọn đa dạng cho những bệnh nhân không có bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm dưới mức

Các lựa chọn đó bao gồm:

Không Cần Đơn

- **Giảm giá cho người không có bảo hiểm**
 Một số dịch vụ có thể bị loại trừ.
- **Chương trình trả góp không tính tiền lãi**
 Phần tiền còn lại thường được cho thanh toán trong vòng 6 tháng.

Cần Đơn

- **Khoảng Tiền Cần Được Giảm Bớt**
 Giảm ở mức tỷ lệ so sánh với những người trả tiền cho chính phủ. Một số dịch vụ có thể bị loại trừ.
- **Hỗ Trợ Tài Chánh Toàn Phần**
 100% phần bệnh nhân phải chi trả. Một số dịch vụ có thể bị loại trừ.
- **Gia Hạn Chương Trình Trả Góp Không Tính Tiền Lãi**
 Dành cho những bệnh nhân hội đủ điều kiện cho chương trình khoảng tiền cần được giảm giá.

Ông bà phải nộp cho chúng tôi đơn xin trợ giúp về tài chánh đã được điền hoàn tất và giấy chứng minh lợi tức, để chúng tôi cân nhắc về chương trình hỗ trợ tài chánh hoàn toàn và/hoặc giảm bớt. Một khi chúng tôi nhận được bộ đơn đã hoàn tất của ông bà, chúng tôi có thể ước định xem ông bà có hội đủ điều kiện cho những chương trình của tiểu bang hoặc liên bang hay không. Nếu sự ước định này cho thấy ông bà không hội đủ điều kiện cho các chương trình này chúng tôi sẽ xem xét đơn xin trợ giúp tài chánh của ông bà để quyết định xem ông bà có hội đủ các điều kiện cho chương trình hỗ trợ tài chánh hoàn toàn hoặc giảm bớt hay không. Những người hội đủ điều

kiện có thể nhận được sự hỗ trợ cho các hoá đơn y tế của các dịch vụ do bệnh viện tại Stanford Children's Health cung cấp và các hoá đơn đi khám bệnh với các bác sĩ là nhân viên của trường Đại Học Stanford.

Chương trình hỗ trợ tài chánh toàn phần hoặc giảm bớt không áp dụng cho tất cả các dịch vụ. Xin cân nhắc đến những dịch vụ y tế trong tương lai sẽ được dựa trên các nhu cầu y tế cần thiết và chi phí cao.

Trên phương diện hỗ trợ về tài chánh, ưu tiên hàng đầu của chúng tôi là hỗ trợ những bệnh nhân cần các dịch vụ y tế cấp thiết. Kế đến là hỗ trợ những bệnh nhân đang và sẽ cần những dịch vụ y tế không cấp thiết, rơi vào một hoặc hai dạng dưới đây:

A. Dạng 1

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

B. Dạng 2

Stanford Children's Health không phải là bệnh viện gần nhà hoặc nơi làm việc của bệnh nhân nhất nhưng ứng dụng vào một hoặc nhiều yếu tố dưới đây:

- Bệnh nhân mắc một căn bệnh khác thường hoặc hiếm và đòi hỏi phải được điều trị tại Stanford Children's Health do Viện Chức Trưởng Phòng Thông Tin Y Tế và Chất Lượng của SCH quyết định.
- Việc chăm sóc bệnh nhân sẽ đưa mục tiêu giáo dục tiến xa hơn và được Viện Chức Trưởng Phòng Thông Tin Y Tế và Chất Lượng của SCH quyết định.

Thông Tin Chi Tiết Quan Trọng Cần Có Kèm Theo Tờ Đơn

Chứng minh về thu nhập (POI)

Xin vui lòng cung cấp những thông tin chi tiết bên dưới và giải thích tại sao những chi tiết này không có sẵn. Văn kiện bị thiếu sẽ làm trì hoãn việc xét duyệt đơn của ông/bà và có thể dẫn đến tình trạng bị từ chối được giúp đỡ.assistance.

Bên dưới là danh sách các văn kiện POI được yêu cầu trong việc xét đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính của SHC.

Thu Nhập	Các Văn Kiện Cần Có
Thu Nhập về Lương Bổng	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại Bản sao của hai séc lương – paystubs – gần đây nhất
Tự làm chủ	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại
An Sinh Xã Hội/Hưu Trí	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại Bản sao Thư Quyết Định của Sở An Sinh Xã Hội, trong đó nêu rõ mỗi tháng ông/bà lãnh được bao nhiêu Bản sao của giấy thông báo trả tiền hàng tháng từ Sở An Sinh Xã Hội
Trợ Cấp Tàn Phé	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại Bản sao Thư Quyết Định của Sở Khuyết Tật, trong đó nêu rõ mỗi tháng ông/bà lãnh được bao nhiêu Bản sao của giấy thông báo trả tiền hàng tháng từ Sở Khuyết Tật
Thất Nghiệp	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại Bản sao Thư Quyết Định của Sở Thất Nghiệp, trong đó nêu rõ số tiền phúc lợi mỗi tháng hoặc mỗi tuần. Bản sao của giấy thông báo trả tiền hàng tháng từ Sở Thất Nghiệp
Tiền Cấp Dưỡng Con/ Người Phối Ngẫu	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại Bản sao thư nêu rõ số tiền nhận lãnh mỗi tháng
Bất Động Sản Cho Thuê	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại
Tiền Đầu Tư	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại
Chứng Minh Người Phụ Thuộc	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao khai thuế lợi tức cá nhân (Đơn 1040) của năm thuế hiện tại

Mỗi nỗ lực hợp lý sẽ làm cho hồ sơ được xử lý nhanh chóng và một khi đơn của ông/bà được xem xét ông/bà sẽ nhận được thư thông báo kết quả. Đơn được hoàn tất cùng với các văn kiện được yêu cầu có thể gửi đến địa chỉ bên dưới:

Stanford Children's Health

Attention: Patient Financial Assistance
 4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025
 Đơn và các văn kiện cũng có thể fax đến: **(650) 497-8610**
 hay email: **PFA@stanfordchildrens.org**

SCH FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION MEDICAL RECORD # _____

Financial Assistance: **(650) 736-2273** Fax: **(650) 497-8610** or Email: **PFA@stanfordchildrens.org**

XIN DỪNG CHỮ IN KHI ĐIỀN CÁC CHI TIẾT

NGÀY ĐIỀN ĐƠN: _____

1. CHI TIẾT VỀ GIA ĐÌNH | xin cung cấp đầy đủ tên của tất cả những người có liên quan trong việc xin trợ giúp tài chính

Họ	Tên	Tên lót viết tắt	Số Hồ Sơ Bệnh Án sanh	Ngày tháng năm (mm/dd/yyyy)

Nếu bệnh nhân là người vị thành niên, xin kê khai cha mẹ/người giám hộ như là người nộp đơn và đồng nộp đơn.

2. CHI TIẾT VỀ NGƯỜI NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO ĐẢM)

Quan hệ với bệnh nhân			Tình trạng hôn nhân		
<input type="checkbox"/> Tự Bản Thân <input type="checkbox"/> Người Phối Ngẫu/ Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Cha Mẹ <input type="checkbox"/> Người Khác			<input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Có Gia Đình/Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Ly Thân		
Họ	Tên	Tên lót viết tắt	Quốc Tịch U.S.		
			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ngày tháng năm (mm/dd/yyyy)	Số Người Phụ Thuộc (Ngoại trừ chính bản thân & người đồng – nộp đơn)	Tuổi của Người Phụ Thuộc	Số Điện Thoại Nhà (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx	
Địa Chỉ Nhà (Xin đừng viết số Hộp PO)		Thành Phố	Tiểu Bang	Quận Hạt	Mã Vùng
Nơi Làm Việc Hiện Nay	Địa chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang			Chức Vụ	
* Nếu đang không có việc làm, ông/bà đã thất nghiệp được bao lâu?					

Nếu ông/bà đánh dấu **CÓ** trong phần có **gia đình** hoặc có **người bạn đời sống chung**:
 xin hoàn tất mục số 3

3. CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐỒNG-NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO ĐẢM)

Quan hệ với bệnh nhân				
<input type="checkbox"/> Người Phối Ngẫu/ Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Cha Mẹ <input type="checkbox"/> Người Khác: _____				
Họ		Tên		Tên lót viết tắt
Quốc Tịch U.S.				
<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Ngày tháng năm (mm/dd/yyyy)	Số Người Phụ Thuộc (Ngoại trừ chính bản thân & người đồng – nộp đơn)	Tuổi của Người Phụ Thuộc	Số Điện Thoại Nhà (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx
Địa Chỉ Nhà (Xin đừng viết số Hộp PO)		Thành Phố	Tiểu Bang	Quận Hạt
				Mã Vùng
Nơi Làm Việc Hiện Nay	Địa chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang			Chức Vụ
* Nếu đang không có việc làm, ông/bà đã thất nghiệp được bao lâu?				

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

Chọn câu trả lời thích hợp

1. Bệnh nhân nộp đơn xin trợ giúp cho: Các dịch vụ đã qua: (Xin nêu rõ ngày tháng: _____) Các dịch vụ trong tương lai: (Xin nêu rõ ngày: _____)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe không? Nếu CÓ xin cung cấp các chi tiết sau: Tên hãng bảo hiểm: _____ Tên người đăng ký: _____ Số Chứng Minh Hội Viên/Bệnh Nhân: _____ Số Nhóm: _____ Tên Công Ty Làm Việc/Nhóm: _____ Ngày Có Hiệu Lực: _____ Số Điện Thoại của Hãng Bảo Hiểm Sức Khỏe: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

(continued next page)

4. CÁC CÂU HỎI VỀ BẢO HIỂM | Tất cả các câu trả lời có liên quan đến bệnh nhân
 (continued)

 Chọn câu trả lời
 thích hợp

3. Bệnh nhân có hội đủ điều kiện cho các chương trình trợ giúp của chính phủ hay không? Nếu có , xin cung cấp các chi tiết dưới đây: Tên của chương trình: _____ Quận Hạt: _____ Số Chứng Minh Bệnh Nhân: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Bệnh nhân có phải đã được điều trị cho những chấn thương được Bảo Hiểm Bồi Thường Lao Động chi trả phải không? Nếu có , xin cung cấp các chi tiết dưới đây: Tên của Hãng Bảo Hiểm Bồi Thường Tai Nạn Lao Động: _____ Tên của Nhân Viên Giám Định: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Giám Định: _____ Ngày bị chấn thương: _____ Số Hồ Sơ/Đơn: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5. Bệnh nhân có phải đã được điều trị những chấn thương do Bên Thứ Ba có Trách Nhiệm Về Pháp Lý như Hãng Bảo Hiểm Xe Ô Tô chi trả phải không? Nếu có , xin cung cấp các chi tiết dưới đây: Tên Hãng Bảo Hiểm Xe hoặc Luật Sư: _____ Số Điện Thoại Hãng Bảo Hiểm Xe hoặc Luật Sư: _____ Ngày bị chấn thương: _____ Số Hồ Sơ/Đơn: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6. Bệnh nhân là Nạn Nhân của Tội Phạm? Nếu có, xin cung cấp các chi tiết dưới đây: Nếu có , xin cung cấp các chi tiết dưới đây: Ngày bị chấn thương? _____ Tên Nhân Viên Cán Sự Hồ Sơ: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Cán Sự Hồ Sơ: _____ Số Hồ Sơ _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

5. CÁC CHI TIẾT VỀ THU NHẬP

Nguồn thu nhập hàng tháng	Người nộp đơn	Người đồng-nộp đơn	Kết Hợp Thu Nhập Hàng Tháng (người nộp đơn và người đồng nộp đơn)
Lương Từ Nơi Làm Việc	\$	\$	\$
Tiền An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$
Tiền Tàn Phế	\$	\$	\$
Tiền Thất Nghiệp	\$	\$	\$
Tiền Cấp Dưỡng Nuôi Con/Người Phối Ngẫu	\$	\$	\$
Bất Động Sản Cho Thuê	\$	\$	\$
Lợi Tức do Đầu Tư	\$	\$	\$
Từ các nguồn khác – xin dùng các khoảng trống bên dưới	\$	\$	\$
Tổng Kết Hợp Thu Nhập Hàng Tháng			\$

6. NẾU ÔNG/BÀ KHÔNG CÓ THU NHẬP HÀNG THÁNG, XIN GIẢI THÍCH ÔNG/BÀ LÀM CÁCH NÀO CHI TRẢ CÁC CHI PHÍ HÀNG THÁNG. Nếu cần thiết, xin dùng thêm các trang giấy phụ thêm

7. CHỮ KÝ

Tôi xác nhận tất cả các chi tiết đều hợp lệ và đầy đủ và do đó cho phép Bệnh Viện Nhi Đồng Lucile Packard yêu cầu một bản tường trình kiểm tra về tín dụng và / hoặc xác minh lại bất cứ những chi tiết nào liệt kê bên trên nếu thấy cần thiết.

Người nộp đơn

Ngày

Người đồng - nộp đơn

Ngày

Xin gửi đơn được hoàn tất đến:

SCH Patient Financial Assistance

4700 Bohannon Dr
Menlo Park, CA 94025

Or email to:

PFA@stanfordchildrens.org

Or fax to:

Fax: (650) 497-8610