

ST. CLAIR HEALTH
CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**Hướng dẫn đăng ký & Hướng dẫn về trình độ chuyên môn**

Vui lòng hoàn thành đầy đủ đơn đăng ký và đảm bảo **KÝ TÊN** vào tuyên bố có tuyên thệ ở trang 4.
Gửi kèm bản sao của các tài liệu sau cho tất cả những người đăng ký.

Gửi tài liệu đến: **St. Clair Health**
Financial Assistance
5000 Centregreen Way
Suite 100
Cary, NC 27513

Việc không trả lại tất cả các tài liệu sẽ làm chậm quá trình xử lý hoặc khiến đơn đăng ký bị từ chối. Vui lòng chỉ đính kèm các bản sao vì bất kỳ tài liệu nào đã gửi rất tiếc không thể được trả lại.

- Vui lòng đính kèm bằng chứng về **TẤT CẢ** thu nhập nhận được trong 30 ngày qua trước khi nộp đơn cho người nộp đơn và vợ/chồng của họ.
- mới nhất** (tất cả các trang) trước khi nộp đơn .
- Nếu bệnh nhân đã chết, vui lòng cung cấp một bản sao giấy chứng tử và một lá thư nêu rõ tình trạng di sản.

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Dịch vụ khách hàng theo số 412-344-3408.

Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối

Hỗ trợ tài chính được cấp cho những bệnh nhân có điểm tín dụng thấp hơn ngưỡng hiện tại của bệnh viện là 550 hoặc đáp ứng các yêu cầu dưới đây. Các hướng dẫn của chương trình (dành cho bệnh nhân có điểm tín dụng trên ngưỡng bệnh viện là 550) dựa trên Hướng dẫn Nghèo đói Liên bang của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh: Sổ đăng ký Liên bang / Tập 90 / Ngày 17 tháng 1 năm 2025, trang 5917-5918

THU NHẬP TỐI ĐA CỦA GIA ĐÌNH KẾT HỢP

QUY MÔ GIA ĐÌNH	GIẢM GIÁ		
	100%	30%	20%
1	\$31,300	\$39,125	\$46,950
2	\$42,300	\$52,875	\$63,450
3	\$53,300	\$66,625	\$79,950
4	\$64,300	\$80,375	\$96,450
5	\$75,300	\$94,125	\$112,950
6	\$86,300	\$107,875	\$129,450
7	\$97,300	\$121,625	\$145,950
8	\$108,300	\$135,375	\$162,450
mỗi thành viên bổ sung của nhóm gia đình	\$11,000	\$13,750	\$16,500

TÀI SẢN RỘNG CỦA GIA ĐÌNH >\$10.000 CŨNG SẼ ĐƯỢC XEM XÉT TỪNG TRƯỜNG HỢP ĐỂ XÁC ĐỊNH TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN.

ST. CLAIR HEALTH

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tên bệnh nhân

Số điện thoại bệnh nhân

Địa chỉ bệnh nhân

NHÂN KHẨU HỘ GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân
		BẢN THÂN

Bạn có phải là công dân Hoa Kỳ không?

có

không

Nếu KHÔNG, bạn có phải là thường trú nhân, cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ* không?

có

không

** Nếu bệnh nhân là thường trú nhân, hãy cung cấp một bản sao tài liệu chính thức*

Bạn có phải là sinh viên toàn thời gian không?

có

không

Bạn đang mang thai hay việc nhập viện có liên quan đến việc mang thai?

có

không

Bạn có đơn đăng ký Medicaid đang chờ xử lý hoặc được phê duyệt không?

có

không

Bạn có bảo hiểm y tế không?

có

không

KIỂM TRA TÀI SẢN HỘ GIA ĐÌNH VÀ TÀI KHOẢN TIẾT KIỆM

Loại tài khoản (Séc hoặc Tiết kiệm)	Ngân hàng / Học viện	Sự cân bằng

ST. CLAIR HEALTH

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

TÀI SẢN KHÁC CỦA HỘ GIA ĐÌNH (NGOẠI TRỪ TÀI SẢN HƯU TRÍ)

Loại tài sản	Ngân hàng / Học viện	Sự cân bằng
Cổ phiếu/Trái phiếu		
Giấy chứng nhận tiền gửi		
Trái phiếu tiết kiệm Hoa Kỳ		
Tài khoản Tiết kiệm Y tế (HSA)		
Giấy chứng nhận tiết kiệm		
Câu lạc bộ Giảng sinh hoặc Kỳ nghỉ		

NỢ HỘ GIA ĐÌNH/VAY (NGOẠI TRỪ THẺ CHẤP CỬ TRÚ CHÍNH)

Loại tín dụng	Ngân hàng / Học viện	Sự cân bằng
Nợ/Khoản vay (Không bao gồm thẻ chấp)		
Thẻ tín dụng 1		
Thẻ tín dụng 2		
Thẻ tín dụng 3		
Khác 1		
Khác 2		
Khác 3		

ST. CLAIR HEALTH

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG

	KIẾN NHÃN	THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH 2	THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH 3	THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH 4
Tiền công / Tiền lương / Tiền boa				
Trợ cấp thất nghiệp				
An ninh xã hội				
Hỗ trợ trẻ em				
Thu nhập tự kinh doanh				
Thu nhập lãi / cổ tức				
lương hưu				
Thu nhập cho thuê				
Ủy thác thanh toán				
Bồi thường lao động				
Khác				

LƯU Ý: Nếu bạn không có thu nhập và đang được người khác hỗ trợ tài chính, vui lòng yêu cầu họ hoàn thành và ký vào bản tuyên bố dưới đây:

_____ hiện không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ về nhu cầu thực phẩm, chỗ ở và quần áo. Tôi cũng cung cấp cho họ sự giúp đỡ về tài chính với số lượng \$ _____ trung bình mỗi tháng.

X

Chữ ký của Người hỗ trợ

Ngày

BẢN TUYÊN TẮC - TẤT CẢ CÁC ĐƯƠNG ĐƠN PHẢI KÝ

Tôi xin thề (hoặc khẳng định) rằng tất cả thông tin trong biểu mẫu này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý thông báo cho Bệnh viện St. Clair trong vòng một tuần về tất cả các thay đổi về thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được liệt kê trong biểu mẫu này có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính của tôi tại Bệnh viện St. Clair. Tôi hiểu rằng tin dụng của tôi và thông tin tài chính thích hợp khác có thể được tư vấn để xác minh tuyên bố và tính đủ điều kiện của tôi cho chương trình.

Các tuyên bố gian dối của bệnh nhân nhằm mục đích nhận hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển đến Văn phòng Tổng chương lý Pennsylvania để truy tố thích hợp. Những bệnh nhân làm sai lệch đơn đăng ký Chương trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm cho tất cả các khoản phí phát sinh khi đăng ký Chương trình kể từ ngày đầu tiên các khoản phí đó phát sinh theo Chương trình.

X

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày