

Hỗ trợ Tài chính

Sanford Health chuyên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho bệnh nhân của chúng tôi. Chúng tôi nhận thấy rằng việc thanh toán các dịch vụ đó có thể là một khó khăn về tài chính cho quý vị vào thời điểm này. Vì vậy, chúng tôi cung cấp cho quý vị cơ hội để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính với hệ thống y tế của chúng tôi.

Kèm theo thư này, quý vị sẽ thấy một bảng tính/đơn thể hiện tình trạng tài chính của quý vị. Quý vị phải hoàn thành đầy đủ tài liệu này để được xem xét cho chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi. Nếu tình hình tài chính của quý vị đáp ứng các tiêu chí được quy định bởi Sanford Health, một phần hoặc toàn bộ số dư tài khoản của quý vị có thể được miễn.

Để xử lý đơn này, chúng tôi yêu cầu:

- Đơn kèm theo được hoàn thành toàn bộ
- Bảng chứng về tất cả các khoản thu nhập (ví dụ: Hai cuống lương gần đây nhất cho bất kỳ người làm việc có lương nào đóng góp vào thu nhập hộ gia đình, SS, SSI, SSDI, Trợ cấp Chính phủ, Thu nhập Cho thuê, Lương hưu, Trợ cấp, Phúc lợi Cựu chiến binh, Trợ cấp Thất nghiệp, Trợ cấp lao động, Hỗ trợ nuôi con, Nuôi dưỡng, v.v.)
- Bản sao tờ khai thuế 1040 gần đây nhất của quý vị, bao gồm tất cả các bảng áp dụng
- Nếu tờ khai thuế gần đây nhất của quý vị không có sẵn, chúng tôi sẽ cần một trong những thứ sau:
 - Thư Bảo lãnh An sinh Xã hội
 - Bảng chứng không nộp đơn từ IRS (gọi theo số 800-829-1040 để có được bản sao)
- Bản sao tuyên bố đánh giá thuế bất động sản của quận cho bất kỳ tài sản nào được sở hữu

Chúng tôi nhận thấy rằng thu nhập của quý vị từ hồ sơ thuế trước đó có thể không phản ánh đầy đủ hoàn cảnh hiện tại của quý vị. Nếu vậy, vui lòng đính kèm một ghi chú ngắn mô tả tình hình tài chính hiện tại của quý vị.

Sau khi chúng tôi đã xem xét đơn của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của mình bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn. Nếu quý vị muốn thảo luận về tài khoản của quý vị hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số (877)629-2999. Giờ làm việc của chúng tôi từ thứ Hai - thứ Năm, 7 giờ sáng - 6 giờ chiều và thứ Sáu 7 giờ sáng - 5 giờ chiều.

Đối với cư dân Minnesota nhận dịch vụ tại các cơ sở của Sanford Health ở Minnesota: Nếu quý vị cảm thấy thắc mắc của mình chưa được giải quyết, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Tài chính dành cho Bệnh nhân của Sanford theo số (877)629-2999 trước và cho phép chúng tôi có cơ hội thử và giải quyết thắc mắc của quý vị. Nếu quý vị tiếp tục có những thắc mắc chưa được giải quyết, quý vị có thể liên lạc với Văn phòng của Tổng Chương lý MN theo số (651)296-3353 hoặc (800)657-3787.

Vui lòng trả lời yêu cầu cung cấp thông tin này trong vòng 30 ngày và gửi lại văn phòng của chúng tôi bằng **FAX BẢO ĐẢM** theo số (800)544-5967 hoặc **GỬI THƯ** đến Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng!

Sanford Health

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Tên		Ngày sinh		Vợ hoặc chồng		Ngày sinh	
Địa chỉ				Thành phố		Tiểu bang Zip	
Thời gian ở địa chỉ hiện tại:							
Năm		Tháng		Số hữu		Tình trạng hôn nhân	
Số điện thoại di động		Số điện thoại cơ quan		Số điện thoại nhà riêng		Số điện thoại di động	
Số điện thoại cơ quan		Số điện thoại nhà riêng		Số điện thoại di động		Số điện thoại cơ quan	
Vui lòng liệt kê TẤT CẢ những người phụ thuộc sống trong gia đình của quý vị: (Đính kèm bản bổ sung nếu cần)							
Họ		Tên		Mật		Ngày sinh	
Số An sinh Xã hội		Số An sinh Xã hội		Số An sinh Xã hội		Mối quan hệ với người nộp đơn	
1.							
2.							
3.							
4.							
Bản thân				Vợ hoặc chồng			
Số An sinh Xã hội		Số An sinh Xã hội		Số An sinh Xã hội		Số An sinh Xã hội	
Được tuyển dụng bởi		Được tuyển dụng bởi		Được tuyển dụng bởi		Được tuyển dụng bởi	
Địa chỉ doanh nghiệp		Địa chỉ doanh nghiệp		Địa chỉ doanh nghiệp		Địa chỉ doanh nghiệp	
Nghề nghiệp		Lương theo giờ		Nghề nghiệp		Lương theo giờ	
Thời gian được tuyển dụng:		Năm Tháng Số giờ làm việc mỗi tuần		Thời gian được tuyển dụng:		Năm Tháng Số giờ làm việc mỗi tuần	
Quý vị đã bao giờ tuyên bố phá sản chưa?		___ Không ___ Có		___ Chương 7 ___ Chương 13		Ngày nộp đơn: _____ Ngày xuất viện: _____	
Quý vị có bị bất kỳ phán quyết hay sai áp tài sản nào đối với mình không?		Nếu có, vui lòng cung cấp ngày và lý do:					
Mức bảo hiểm chính của người nộp đơn		Mức bảo hiểm phụ		Mức bảo hiểm chính của vợ/chồng		Mức bảo hiểm phụ	
Tên:				Tên:			
Địa chỉ:				Địa chỉ:			
Người đăng ký:				Người đăng ký:			
Số ID & Nhóm:				Số ID & Nhóm:			
Thu nhập: Là tổng số tiền nhận được từ tất cả các nguồn, chưa bao gồm thuế.							
Tổng thu nhập Hàng tháng của Bản thân				Tổng thu nhập Hàng tháng của Vợ/Chồng			
Tổng Thu nhập				Tổng Thu nhập			
An sinh Xã hội / SSI / SSDI				An sinh Xã hội / SSI / SSDI			
Trợ cấp Chính phủ				Trợ cấp Chính phủ			
Thu nhập Cho thuê				Thu nhập Cho thuê			
Lương hưu/Trợ cấp				Lương hưu/Trợ cấp			
Phúc lợi Cựu chiến binh				Phúc lợi Cựu chiến binh			
Trợ cấp Thất nghiệp / Việc làm				Trợ cấp Thất nghiệp / Việc làm			
Từ: _____ Kinh gửi: _____				Từ: _____ Kinh gửi: _____			
Hỗ trợ / Nuôi dưỡng Con				Hỗ trợ / Nuôi dưỡng Con			
Từ: _____ Kinh gửi: _____				Từ: _____ Kinh gửi: _____			
Khác				Khác			
Vui lòng xác định:				Vui lòng xác định:			
TỔNG				TỔNG			
Tổng Thu nhập Hàng tháng Kết hợp:							
Địa điểm		Số tiền/Giá trị		Địa điểm		Số tiền/Giá trị	
Thanh toán				Chứng chỉ tiền gửi (CD)			
Tiết kiệm				Cổ phiếu/Trái phiếu			
Khác				Khác			

Tài sản / Bất động sản	Xe cơ giới	Năm sản xuất / Hãng / Model		Giá trị	Số dư cho vay	Chủ sở hữu
		Năm sản xuất / Hãng / Model		Giá trị	Số dư cho vay	Chủ sở hữu
	Thiết bị giải trí (thuyền, xe trượt tuyết, v.v.)	Năm sản xuất / Hãng / Model		Giá trị	Số dư cho vay	Chủ sở hữu
		Năm sản xuất / Hãng / Model		Giá trị	Số dư cho vay	Chủ sở hữu
Tài sản khác	Địa chỉ, Thành phố, Quận			Số dư cho vay	Giá trị được đánh giá	
	Địa chỉ, Thành phố, Quận			Số dư cho vay	Giá trị được đánh giá	
Áp trại	Địa chỉ				Giá trị được đánh giá	
	Thành phố, Quận				Số dư thế chấp	Chủ sở hữu
Chi phí hàng tháng	Trả góp mua nhà / Thuê		Nước và Nước thải	Bảo hiểm xe hơi	Bảo hiểm nhân thọ	
	Thuế bất động sản		Điện thoại di động	Thực phẩm	Bảo hiểm y tế	
	Bảo hiểm tài sản		Truyền hình cáp	Chi phí chăm sóc ban ngày	Thuốc	
	Sưởi		Trả góp mua xe	Chi phí hỗ trợ nuôi con	Khác/Hãy nêu rõ	
	Điện		Chi phí di lại	Thiết bị giải trí	TỔNG	
Thẻ tín dụng / Chi phí khác	Tên chủ nợ		Địa chỉ	Số dư	Thanh toán hàng tháng	
					TỔNG	
TỔNG CỘNG / THẺ TÍN DỤNG, CHI PHÍ KHÁC VÀ CHI PHÍ HÀNG THÁNG						

Quý vị đang trả hoặc có thể trả bao nhiêu tiền cho hóa đơn của Sanford mỗi tháng?

TÀI LIỆU CẦN THIẾT:

Bảng chứng về tất cả thu nhập: (ví dụ: 2 cường lương cho mỗi người làm việc có lương, SS, SSI, SSDI, Trợ cấp Chính phủ, Thu nhập Cho thuê, Lương hưu, Trợ cấp, Phúc lợi Cựu chiến binh, Trợ cấp thất nghiệp, Trợ cấp lao động, Hỗ trợ nuôi con, Nuôi dưỡng hoặc Thu nhập khác).

Bản sao tờ khai thuế 1040 gần đây nhất của quý vị, bao gồm tất cả các bảng áp dụng.

Bản sao tuyên bố đánh giá thuế bất động sản của quận cho tất cả tài sản được sở hữu.

CHUYÊN NHƯỢNG QUYỀN (Vui lòng đọc kỹ)

Bằng việc ký vào bên dưới, tôi xác nhận rằng thông tin và các tuyên bố có trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này và tài liệu mà tôi phải nộp là chính xác, đúng sự thật và chính xác theo tôi được biết.

Tôi hiểu rằng Sanford Health có thể yêu cầu thêm thông tin và xác minh một cách hợp lý, nếu cần.

Tôi hiểu rằng thông tin và các tuyên bố tôi đã cung cấp sẽ được giữ bảo mật bởi Sanford Health.

Tôi hiểu rằng việc hoàn thành đơn này sẽ cho phép Sanford Health xem xét hoàn cảnh của tôi.

Tôi hiểu rằng Sanford Health không tuyên bố đảm bảo hỗ trợ tài chính.

Tôi/chúng tôi bằng văn bản này xác nhận các thông tin trên là chính xác và tự nguyện ủy quyền cho quý vị lấy thông tin tin dụng liên quan đến tôi/chúng tôi.

Chữ ký _____ Ngày _____ Chữ ký _____ Ngày _____