

Hỗ Trợ Tài Chính

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

Kèm theo thư này, quý vị sẽ tìm thấy đơn đăng ký chứng minh tình hình tài chính của quý vị. Quý vị phải điền hoàn chỉnh tài liệu này để được xem xét tham gia chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi. Nếu tình hình tài chính của quý vị đáp ứng các tiêu chí do Sanford Health đặt ra, quý vị có thể được miễn một phần hoặc toàn bộ số dư tài khoản của mình.

Ngoài đơn đăng ký đã điền hoàn chỉnh, vui lòng cung cấp các tài liệu liên quan dưới đây:

- **Bản sao tờ khai thuế Liên Bang 1040 gần đây nhất của quý vị, bao gồm tất cả các biểu thuế áp dụng HOẶC Bằng chứng không nộp hồ sơ thuế từ Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) (gọi (800) 908-9946 để nhận bản sao)**
- **Bản sao hai cuống phiếu lương gần đây nhất của bất kỳ người làm công ăn lương nào đóng góp vào thu nhập hộ gia đình**
- **Thư Chấp Thuận Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hoặc 1099 gần đây nhất nếu nhận trợ cấp An Sinh Xã Hội (Nếu quý vị đang nhận trợ cấp An Sinh Xã Hội cũng như có thu nhập khác, vui lòng cung cấp bằng chứng về thu nhập bổ sung)**
- **Sao Kê Ngân Hàng hoặc Báo Cáo Đầu Tư hiển thị dữ liệu giao dịch và số dư tài khoản hiện tại**

Chúng tôi nhận thấy rằng thu nhập từ hồ sơ thuế trước đây của quý vị có thể không phản ánh đầy đủ hoàn cảnh hiện tại của quý vị. Nếu vậy, vui lòng đính kèm một ghi chú ngắn gọn mô tả tình hình tài chính hiện tại của quý vị cùng với bất kỳ sự thay đổi thích hợp nào.

Sau khi chúng tôi xem xét đơn đăng ký của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về quyết định của chúng tôi trong vòng 30 ngày kể từ ngày tiếp nhận. Nếu tình hình tài chính của quý vị đã thay đổi kể từ khi quý vị nộp đơn đăng ký ban đầu, quý vị có thể gửi đơn kháng nghị trong vòng 30 ngày kể từ ngày đề trên thư quyết định của quý vị. Nếu quý vị muốn thảo luận về tài khoản của mình, có bất kỳ câu hỏi nào hoặc muốn hỏi về kháng nghị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân của Sanford theo số (877) 629-2999. Giờ làm việc của chúng tôi là Thứ Hai – Thứ Năm, 7 giờ sáng – 6 giờ chiều và Thứ Sáu, 7 giờ sáng – 5 giờ chiều.

Gửi tới cư dân Minnesota đang nhận dịch vụ tại các cơ sở của Sanford Health ở Minnesota: Nếu quý vị cảm thấy mối quan ngại của mình chưa được giải quyết, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân của Sanford theo số (877) 629-2999 trước tiên và cho phép chúng tôi có cơ hội thử giải quyết mối quan ngại của quý vị. Nếu quý vị tiếp tục có những quan ngại chưa được giải quyết, quý vị có thể liên hệ với Văn Phòng Bộ Trưởng Tư Pháp MN (MN Attorney General's Office) theo số (651) 296-3353 hoặc (800) 657-3787.

Vui lòng phản hồi yêu cầu cung cấp thông tin này trong vòng 30 ngày và gửi lại cho văn phòng của chúng tôi bằng **FAX BẢO MẬT** theo số (800) 544-5967 hoặc gửi **THƯ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN** tới: Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482. Nếu quý vị không gửi lại đơn đăng ký hỗ trợ tài chính trong vòng 30 ngày, chúng tôi hiểu rằng quý vị từ chối tham gia chương trình hỗ trợ tài chính của Sanford.

Trân trọng,

Sanford Health

Đơn XIN HỖ Trợ Tài Chính

Thông tin nhân khẩu học

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Tên Vợ/Chồng: _____ Ngày Sinh: _____

Tình Trạng Hôn Nhân (vui lòng đánh dấu vào ô): Độc Thân _____ Đã Kết Hôn _____ Đã Ly Hôn _____

Góa Vợ/Chồng _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____

Mã Bưu Chính: _____

Điện Thoại Di Động (Bản Thân): _____ Điện Thoại Di Động (Vợ/Chồng): _____

Số Điện Thoại Nhà: _____

Vui lòng liệt kê tất cả những người phụ thuộc dưới 18 tuổi sống trong hộ gia đình của quý vị.

Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Tên: _____ Ngày Sinh: _____ Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Thông Tin Bảo Hiểm (Vui lòng đánh dấu vào ô): Có Bảo Hiểm _____ Không Có Bảo Hiểm _____

Chia Sẻ Chi Phí _____

Nếu đang có việc làm thì quý vị đã làm việc tại nơi làm việc của mình được bao lâu? _____

Quý vị sẽ thanh toán/hoặc có thể thanh toán bao nhiêu tiền hóa đơn Sanford mỗi tháng? _____

Thu nhập

Bản Thân	Thu Nhập Hàng Tháng Trước Thuế	Vợ/Chồng
\$	Thu Nhập Trước Thuế/Trợ Cấp Thất Nghiệp/Bồi Thường Người Lao Động	\$
\$	An Sinh Xã Hội/SSI/SSDI	\$
\$	Tự Kinh Doanh/Thu Nhập Từ Việc Cho Thuê/Tiền Bản Quyền/Bất Động Sản/Tín Thác	\$
\$	Hưu Trí/Lương Hưu/Niên Kim/Trợ Cấp Cựu Chiến Binh	\$
\$	Cấp Dưỡng Nuôi Con/Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng/Hỗ Trợ Công	\$
\$	Các Khoản Linh Tinh/Thu Nhập Khác: _____	\$
\$	Tổng Thu Nhập (Vui lòng cung cấp bằng chứng của tất cả thu nhập)	\$

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính – Trang 2

Tài sản

Loại Tài Khoản	Tổ Chức Tài Chính	Số Tiền/Giá Trị
Tài Khoản Thanh Toán		
Tiết Kiệm		
Thị Trường Tiền Tệ		

Bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị muốn chúng tôi xem xét:

Vui lòng đính kèm trang bổ sung nếu cần.

Tôi chứng thực rằng tôi đã gửi kèm các tài liệu theo yêu cầu sau đây cùng với đơn đăng ký đã điền của mình:

Tờ Khai Thuế (Liên Bang 1040) hoặc Bằng chứng không nộp hồ sơ thuế

2 cuốn phiếu lương cho mỗi người làm công ăn lương

Thư Chấp Thuận Trợ Cấp An Sinh Xã Hội (nếu có)

Sao Kê Ngân Hàng hoặc Báo Cáo Đầu Tư

Chuyển Giao Quyền Xin vui lòng đọc cẩn thận

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin trên đơn này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin sẽ được giữ bảo mật và tôi có thể được yêu cầu cung cấp thêm thông tin. Tôi hiểu rằng đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của tôi không thể được xem xét trừ khi tất cả các thông tin được yêu cầu đều được cung cấp. Sanford Health không đưa ra tuyên bố nào rằng sẽ đảm bảo nhận được hỗ trợ tài chính.

Tên (Viết In Hoa): _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Vợ/Chồng (Viết In Hoa): _____ Chữ Ký: _____ Ngày: _____