



NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Hướng dẫn

Để được trợ giúp miễn phí hoàn tất đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với Phòng Dịch vụ tài chính Patient Financial Services qua điện thoại số **1-866-967-4677 (TTY: 711)** (8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều, thứ hai đến thứ sáu) hoặc đến trực tiếp tại 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều, từ thứ hai đến thứ sáu).

Để biết thêm thông tin về các lựa chọn hỗ trợ tài chính, vui lòng vào mạng của chúng tôi tại scvh.org/bill-help.

Vui lòng điền toàn bộ mẫu đơn này và gửi lại cho Phòng Dịch vụ tài chính:

- **bằng fax** theo số 1-408-494-7848
- **qua bưu điện hoặc đến nộp trực tiếp** tại 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128, hoặc
- **qua e-mail** cho HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

Lưu ý: Nếu quý vị chọn cách gửi email cho chúng tôi, chúng tôi khuyên quý vị nên mã hóa thư gửi của mình để bảo vệ quyền riêng tư và bảo mật cho tài liệu cá nhân của quý vị.

Quý vị cũng phải cung cấp ít nhất một trong các tài liệu sau để hỗ trợ cho đơn đăng ký của mình:

1. **Bằng chứng về nhận dạng** (ví dụ: bằng lái xe, hộ chiếu, căn cước do chính phủ cấp, thẻ nhận dạng của cơ quan hoặc trường học hoặc giấy khai sinh cộng với thẻ thành viên phòng tập thể dục hoặc thẻ nhận dạng khác);
2. **Bằng chứng về thu nhập** (ví dụ: cuống phiếu lương gần đây, tờ khai thuế thu nhập, thư cấp cho An sinh xã hội, thư chứng nhận nhận các phúc lợi khác, báo cáo phúc lợi của quân đội và/hoặc biên lai thu nhập cho thuê, nếu có thể áp dụng); và
3. **Bằng chứng nơi cư trú** (ví dụ: hợp đồng thuê/cho thuê/mua nhà trả góp, hóa đơn điện nước, giấy phép lưu hành xe hoặc giấy khai vô gia cư).

Việc đủ điều kiện cho một số chương trình chăm sóc sức khỏe có thể cần thêm giấy tờ bổ sung. Nếu cần thêm giấy tờ, quý vị sẽ được hướng dẫn về những giấy tờ cần cung cấp.

Những cư dân của Hạt mà ai chỉ muốn đủ điều kiện được giảm giá một phần theo Chương trình giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Healthcare Access Program: HAP) CSCHS (tức là bệnh nhân tự chi trả hoặc có chi phí y tế cao cùng với thu nhập trên 400% nhưng dưới 650% Mức sống thấp của Liên bang (Federal Poverty Level) chỉ cần gửi cuống phiếu lương gần đây hoặc tờ khai thuế thu nhập làm bằng chứng thu nhập.

Để nhận được đơn này và thông tin có liên quan bằng một ngôn ngữ khác hoặc hình thức khác để sử dụng—bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở, các hình thức chữ in lớn, chữ nổi braille, âm thanh và phương tiện điện tử mà lập trình đọc trên màn ảnh có thể truy cập được và đọc chữ theo trình tự hợp lý—vui lòng liên hệ với Phòng Dịch vụ Tài chính Patient Financial Services số 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Thông tin lý lịch

Tên trên giấy tờ (họ, tên, chữ lót):	
Giới tính:	Ngôn ngữ ưa dùng:
Địa chỉ email:	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây để ược thuận nhận những thông tin cập nhập về đơn này qua email bảo mật.
Số điện thoại: () -	Địa chỉ nhà (bao gồm thành phố, tiểu bang, mã bưu điện):
Công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Cư dân của Hạt Santa Clara? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Cựu binh Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Thường trú nhân hợp pháp? / Người có thẻ xanh? / Hồ Sơ Ủy Quyền Việc Làm? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Họ của mẹ trước kết hôn:	Nếu có, cho bao lâu? _____ Năm _____ Tháng
Tình trạng làm việc của người nộp đơn: <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> không có câu trả lời thích hợp	
Tên và số điện thoại nơi làm việc mới đây nhất: _____ / () -	
Ngày làm việc/tự làm chủ gần đây nhất: ___ / ___ / ___ đến ___ / ___ / ___	
Tình trạng công việc của vợ /chồng /bạn tình sống chung: <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> không có câu trả lời thích hợp	
Tên và số điện thoại nơi làm việc gần đây nhất: _____ / () -	
Ngày làm việc/tự kinh doanh gần đây nhất: ___ / ___ / ___ đến ___ / ___ / ___	
Có tình trạng khuyết tật dự kiến sẽ kéo dài ít nhất là 12 tháng? <input type="checkbox"/> Có, là tôi <input type="checkbox"/> Có, là vợ/chồng/bạn tình chung sống của tôi <input type="checkbox"/> Không	

Tình trạng hộ gia đình

Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình quý vị dưới đây, bao gồm cả quý vị, vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung của quý vị và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi (dù có sống ở nhà hay không). Ngoài ra, vui lòng đánh dấu vào ô () nếu quý vị có khai người đó trên tờ khai thuế của mình.

Tên trên giấy tờ (Họ, Tên, chữ lót):	Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Mối quan hệ với quý vị	Số an sinh xã hội (nếu có được)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Tiếp cận chăm sóc y tế và Bảo hiểm y tế

Quý vị có bảo hiểm y tế không (bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở Medicare, Medi-Cal, chương trình Covered California, bảo hiểm do nơi làm việc tài trợ và/hoặc chi trả từ bên thứ ba cho các chi phí liên quan đến chăm sóc sức khỏe)? Có Không

(Các) tên của (các) bảo hiểm:

(Các) số điện thoại để liên hệ bảo hiểm: () - | () -

Nếu quý vị bị chấn thương, chấn thương của quý vị có phải do bên thứ ba gây ra không (chẳng hạn như do tai nạn ô tô hoặc trượt ngã)? Có Không

Quý vị có bảo hiểm khác có thể dùng không (như bảo hiểm ô tô)? Có Không

Quý vị hoặc gia đình quý vị đã phải tự chi trả bất kỳ chi phí chăm sóc sức khỏe nào (chẳng hạn như các khoản tiền phụ trả, phụ phí bảo hiểm, thanh toán khấu trừ và các hóa đơn không được bảo hiểm đài thọ) trong 12 tháng qua không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tổng số tiền đã trả: \$ _____

(Nếu có được) Tôi có bác sĩ gia đình tại: CSCHS phòng khám cộng đồng

(Nếu có được) Tên bác sĩ gia đình:

Thu nhập hàng tháng hiện tại

Vui lòng điền vào bảng bên dưới bằng cách sử dụng các con số tổng thu nhập (tức là trước trừ thuế) cho tất cả các thành viên trong gia đình quý vị (bao gồm cả quý vị, vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung của quý vị và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù có sống ở chung nhà hay không).

Nguồn thu nhập hàng tháng	Bệnh Nhân	Vợ/Chồng	Người khác	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
1. Thu nhập từ công việc (tiền lương, tiền công, tiền mặt kiếm được và các khoản thù lao khác)	\$	\$	\$	
2. Thu nhập từ hoạt động kinh doanh (nếu tự làm chủ)	\$	\$	\$	
3. Thu nhập từ tiền lãi và cổ phần được chia	\$	\$	\$	
4. Thu nhập từ bất động sản, tài sản cá nhân	\$	\$	\$	
5. Thu nhập từ An sinh xã hội	\$	\$	\$	
6. Thu nhập khác (ghi rõ: _____)	\$	\$	\$	
7. Tiền cấp dưỡng cho vợ hay chồng cũ / tiền cấp dưỡng nuôi con, đã nhận	\$	\$	\$	
8. Tiền cấp dưỡng cho vợ hay chồng cũ / tiền cấp dưỡng nuôi con, ĐÃ TRẢ	\$	\$	\$	
Tổng thu nhập (cộng các dòng từ 1 đến 7 ở trên) trừ đi mọi khoản tiền cấp dưỡng cho vợ hay chồng cũ / tiền cấp dưỡng nuôi con ĐÃ TRẢ (dòng 8)	\$			



Thông báo quan trọng liên quan đến Chương trình Healthcare Access Program (HAP)

Hãy nhớ: Để đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện hoặc giảm giá theo Chương trình giúp tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe CSCHS (HAP), quý vị phải thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của mình tới CSCHS trong vòng 180 ngày kể từ ngày nhận được hóa đơn đầu tiên của một khoảng thời gian chăm sóc sức khỏe cụ thể. **Nếu quý vị nộp đơn đăng ký sau khung thời gian 180 ngày này, quý vị phải sử dụng khoảng trống bên dưới giải thích tại sao và có lý do chính đáng của sự chậm trễ.** Quý vị có thể gửi giấy tờ bổ sung để hỗ trợ cho sự giải thích của mình. CSCHS cũng có thể liên hệ với quý vị để yêu cầu thêm thông tin.

Tuyên bố và chữ ký

Tôi tuyên bố tuân theo hình phạt khai man rằng thông tin tôi cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi và khi tôi chưa biết câu trả lời cho bất kỳ câu hỏi nào, tôi đã thực hiện mọi cố gắng hợp lý để xác định câu trả lời với một người nào đó đã biết. Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS) về bất kỳ thay đổi nào về nơi cư trú, tình trạng tài chính, số người trong hộ gia đình và/hoặc khả năng đủ điều kiện được bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ khi thay đổi xảy ra hoặc tại thời điểm tiếp theo của dịch vụ, tùy theo thời điểm nào đến trước. Tôi ưng thuận tiết lộ thông tin hồ sơ sức khỏe của mình để nhận được sự phối hợp chăm sóc sức khỏe từ các nhà cung cấp có hợp đồng với Hạt Santa Clara, cũng như với Cơ quan Dịch vụ Xã hội của Hạt Santa Clara (County of Santa Clara Social Services Agency) nhằm mục đích xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal và chia sẻ thông tin về tình trạng Medi-Cal của tôi. Tôi cho phép CSCHS lấy yêu cầu báo cáo tín dụng và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào trong đơn đăng ký này nếu cho rằng là cần thiết.

Ngày

Chữ ký