



**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CHO BỆNH NHÂN LÀ NGƯỜI
CÓ HÓA ĐƠN TỪ BỆNH VIỆN ĐÃ ĐƯỢC GỬI ĐẾN PHÒNG THU HỒI
KHOẢNG THỜI GIAN TỪ 28 THÁNG 10 NĂM 2018 ĐẾN 31 THÁNG 12 NĂM 2021**

Hoàn tất và gửi lại đơn này cùng với các giấy tờ cần xác minh qua:

- Bưu điện hoặc đích thân mang chúng đến:
770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128
- Gửi fax đến: **1-408-494-7848**
- Gửi email đến: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**



Lưu ý: Nếu chọn điện thư e-mail để gửi đơn xin của mình, chúng tôi khuyên quý vị nên tạo mật mã cho điện thư để bảo vệ tính riêng tư và an toàn cho giấy tờ cá nhân của mình.

Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải hoàn tất **tất cả 3 trang** của mẫu đơn này và gửi lại cho Hạt trong vòng **65 ngày** kể từ ngày ghi trên thông báo kèm theo (Tài liệu số. 22223) . Sau đó, quý vị sẽ có thêm 150 ngày để nộp các giấy tờ được ghi rõ trên trang sau để xác minh thu nhập, danh tính và nơi cư trú của quý vị. Ngày đáo hạn chính xác có trong thông báo.

Sau khi chúng tôi nhận được đơn đã điền đầy đủ và giấy tờ để xác minh của quý vị, chúng tôi sẽ đưa ra quyết định về việc quý vị đủ điều kiện để được giảm giá toàn bộ hay một phần và cho quý vị biết bằng văn bản. Chúng tôi có thể gọi và / hoặc gửi thư cho quý vị nếu chúng tôi có thắc mắc về đơn của quý vị.

Tên của quý vị (Họ, tên, chữ lót)	
Ngày sinh (tháng/ngày/năm)	
Bốn số cuối của số an sinh xã hội	
Địa chỉ email	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây để đồng ý liên lạc thông tin liên quan đến đơn này bằng e-mail an toàn.
Địa chỉ gửi thư	
Số điện thoại	
Ngôn ngữ ưu tiên sử dụng	

Có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về đơn này không? Gọi cho Patient Access Department của Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara số 1-408-494-7850 hoặc 1-888-524-3317 (cho người câm điếc: 711) (8:00 sáng- 4:30 chiều, thứ Hai-thứ Sáu) hoặc Health Consumer Alliance số 1-888-804-3536 để được hỗ trợ miễn phí.

<p>Trường hợp đặc biệt</p> <p>Vui lòng đánh dấu vào một trong các ô ở bên phải nếu thích hợp.</p>	<p><input type="checkbox"/> Người mà tài khoản được gửi đến phòng thu hồi hiện đã qua đời.</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi đã tạm thời hoặc vô gia cư vào một thời điểm nào đó trong khoảng thời gian từ ngày 28 tháng 10 năm 201đến ngày 31 tháng 12 năm 2021 (ghi rõ ngày, theo ghi nhớ tốt nhất của quý vị):</p>
<p>Tình trạng hộ gia đình</p> <p>Chọn ô cho từng thành viên trong gia đình quý vị trong khoảng thời gian từ ngày 28 tháng 10 năm 201đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.</p> <p>Nếu số lượng hoặc tình trạng của các thành viên trong gia đình đã thay đổi trong khoảng thời gian này (ví dụ: nếu quý vị và vợ / chồng đã ly dị hoặc con tròn 21 tuổi), vui lòng giải thích trong khoảng chừa để trống.</p>	<p><input type="checkbox"/> Vợ / chồng hoặc người cùng chăn gối</p> <p><input type="checkbox"/> Con cái còn phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù sống chung nhà hay không</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Số trẻ em: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Tổng số người, bao gồm cả quý vị: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Các trường hợp đã thay đổi (nếu có):</p>
<p>(Các) năm mà hóa đơn của quý vị đã được chuyển đến phòng thu hồi</p> <p>Kiểm tra (các) năm mà (các) hóa đơn của quý vị đã được chuyển đến phòng thu hồi.</p> <p>Nếu không chắc chắn là khi nào (các) hóa đơn của quý vị được chuyển đến phòng thu hồi, vui lòng gọi cho chúng tôi số 1-408-494-7850 hoặc 1-888-524-3317 (cho người câm điếc: 711) (8:00 sáng đến 4: 30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu) để được trợ giúp điền đơn này hoặc chọn "Tôi không biết".</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> Tôi không biết</p>

<p>Thu nhập</p> <p>Cung cấp, theo hiểu biết tốt nhất của mình, về tổng thu nhập của cả gia đình của mỗi năm có (các) hóa đơn đã được gửi đến các phòng thu hồi ((các) năm mà quý vị đã đánh dấu ở trên).</p> <p>Đối với mỗi năm có (các) hóa đơn được chuyển đến phòng thu hồi, quý vị cần cộng thu nhập của mỗi thành viên, bao gồm cả chính quý vị.</p> <p>Hãy tính tiền lương trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ, thu nhập từ hoạt động kinh doanh, tiền An sinh xã hội, trợ cấp thất nghiệp, thu nhập từ lãi suất và cổ phần được chia và thu nhập có từ bất động sản hoặc tài sản cá nhân.</p> <p>Đừng tính tiền cấp dưỡng người phối ngẫu cũ hoặc cấp dưỡng nuôi con.</p> <p>Nếu không chắc chắn là khi nào (các) hóa đơn của quý vị được chuyển đến phòng thu hồi, vui lòng gọi cho chúng tôi số 1-408-494-7850 hoặc 1-888-524-3317 (cho người câm điếc: 711) (8:00 sáng đến 4: 30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu) để được trợ giúp điền đơn này hoặc để cung cấp tổng thu nhập của gia đình của quý vị của mỗi năm được liệt kê.</p>	<p>Đây là của tôi và gia đình tôi:</p> <p><input type="checkbox"/> Thu nhập hàng năm (hàng năm)</p> <p><input type="checkbox"/> Thu nhập hàng tháng</p> <p>Tổng số tiền:</p> <p>Năm 2018: \$ _____</p> <p>Năm 2019: \$ _____</p> <p>Năm 2020: \$ _____</p> <p>Năm 2021: \$ _____</p>
<p>ĐỂ XÁC MINH THU NHẬP</p> <p>Đây là bằng chứng về tổng thu nhập của cả gia đình của quý vị trong (các) năm mà (các) hóa đơn từ bệnh viện về các dịch vụ cho quý vị đã được chuyển đến phòng thu hồi</p>	<p>Tôi đồng ý cung cấp, cho mỗi năm, một bản sao của tôi và của mỗi thành viên gia đình tôi (chọn ít nhất một):</p> <p><input type="checkbox"/> Tờ khai thuế</p> <p><input type="checkbox"/> Cuống phiếu lương</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy tờ về thu nhập chính thức khác</p> <p><input type="checkbox"/> Không chắc, tôi còn đang tìm kiếm giấy tờ</p>
<p>ĐỂ XÁC MINH DANH TÍNH</p> <p>Đây là bằng chứng về danh tính của quý vị (bao gồm cả ảnh của quý vị). Ví dụ bao gồm bằng lái xe, hộ chiếu, giấy tờ tùy thân khác do chính phủ cấp hoặc thẻ nhân viên hoặc thẻ học sinh.</p>	<p>Tôi đồng ý cung cấp một bản sao về tôi (chọn 1):</p> <p><input type="checkbox"/> Bằng lái xe hoặc hộ chiếu</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy tờ tùy thân khác do chính phủ cấp</p> <p><input type="checkbox"/> Giấy tờ tùy thân có ảnh khác: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không chắc, tôi còn đang tìm kiếm giấy tờ</p>
<p>ĐỂ XÁC MINH CƯ TRÚ</p> <p>Đây là bằng chứng về Hạt nơi quý vị cư trú vào (các) năm đã đánh dấu ở trên.</p> <p>Nếu không chắc chắn về thời điểm (các) hóa đơn của mình được chuyển đến phòng thu hồi, vui lòng cung bằng chứng cư trú trong khoảng thời gian từ ngày 28 tháng 10 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021. Nếu Hạt cư trú thay đổi trong thời gian này, vui lòng đánh dấu vào ô bên phải.</p>	<p>Tôi sẽ cung cấp một bản sao của tôi (chọn một):</p> <p><input type="checkbox"/> Hợp đồng cho thuê/ thuê/tờ thế chấp nhà</p> <p><input type="checkbox"/> Hóa đơn tiện ích (hóa đơn điện, nước, rác...)</p> <p><input type="checkbox"/> Bằng lái xe hoặc đăng bộ xe</p> <p><input type="checkbox"/> Khác _____</p> <p><input type="checkbox"/> Không chắc, tôi còn đang tìm kiếm giấy tờ</p> <p><input type="checkbox"/> Hạt nơi tôi cư trú thay đổi từ ngày 28 tháng 10 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021</p>

Tôi khẳng định thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật và chính xác.

Ngày _____

Chữ ký _____

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FOR PATIENTS
WHOSE BILLS FOR HOSPITAL SERVICES WENT TO COLLECTIONS
BETWEEN OCTOBER 28, 2018 AND DECEMBER 31, 2021**

Complete and return this form along with the required verifying documents by:



- Mailing or personally delivering them to:
770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128
- Faxing them to: **1-408-494-7848**
- E-mailing them to: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

Note: If you choose to e-mail your application, we recommend that you encrypt your message to protect the privacy and security of your personal documents.

To qualify for financial assistance, you must complete all 3 pages of this form and return them to the County within 65 days of the date on the accompanying notice (Document No. 22223). You will then have an additional 150 days to submit the documents specified on the following page to verify your income, identity, and residency. The exact due dates are in the notice.

After we receive your completed form and verifying documents, we will make a decision about whether you qualify for a full or partial discount and let you know in writing. We may call and/or write to you if we have questions about your application.

Your Name (Last, First, Middle)	
Date of Birth (month/day/year)	
Last Four Digits of Your Social Security Number	
E-mail Address	<input type="checkbox"/> Check here to consent to receive communications regarding this application by secure e-mail.
Mailing Address	
Phone Number	
Preferred Language	

Do you have questions or need help with this form? Call the County of Santa Clara Health System Patient Access Department at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or the Health Consumer Alliance at 1-888-804-3536 for free assistance.

<p>Special Circumstances</p> <p>Please check one of the boxes to the right if it applies.</p>	<p><input type="checkbox"/> The person whose account was sent to collections is now deceased.</p> <p><input type="checkbox"/> I was transient or homeless at some point between October 28, 2018 and December 31, 2021 (specify dates, to the best of your recollection):</p>
<p>Household Status</p> <p>Check the box for each member in your family between October 28, 2018 and December 31, 2021.</p> <p>If the number or status of your family members changed during this time period (for example, if you and your spouse divorced or a child turned 21), please explain in the space provided.</p>	<p><input type="checkbox"/> Spouse or domestic partner</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent children under 21 years of age, whether living at home or not</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Number of children: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Total number of individuals, including you:</p> <p style="padding-left: 80px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Changed circumstances (if applicable):</p>
<p>Year(s) Your Bill(s) Went to Collections</p> <p>Check the year(s) that your bill(s) went to collections.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form or select "I do not know."</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> I do not know</p>

<p>Income</p> <p>Provide, to the best of your knowledge, your total gross family income for each year you had bill(s) that went to collections (the year(s) you checked above).</p> <p>For each year you had bill(s) that went to collections, you need to add the income of each family member you listed above, including yourself.</p> <p>Do count pay from work before taxes and deductions, income from operating a business, Social Security payments, unemployment compensation, income from interest and dividends, and income from real estate or personal property.</p> <p>Do not count alimony or child support payments.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form, or provide your total gross family income for every year listed.</p>	<p>This was my and my family's:</p> <p><input type="checkbox"/> annual (yearly) income</p> <p><input type="checkbox"/> monthly income</p> <p>Total amount:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>
<p>INCOME VERIFICATION</p> <p>This is proof of your total gross family income in the year(s) your bill(s) for hospital services went to collections.</p>	<p>I agree to provide, for each applicable year, a copy my and each of my family member's (choose at least one):</p> <p><input type="checkbox"/> Tax returns</p> <p><input type="checkbox"/> Pay stubs</p> <p><input type="checkbox"/> Other official income documentation</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p>IDENTITY VERIFICATION</p> <p>This is proof of your identity (including your photo). Examples include a driver's license, passport, other government-issued ID, or work or school ID.</p>	<p>I agree to provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or passport</p> <p><input type="checkbox"/> Other government-issued ID</p> <p><input type="checkbox"/> Other photo ID: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p>RESIDENCY VERIFICATION</p> <p>This is proof of your county of residence for the year(s) you checked above.</p> <p>If you are unsure about when your bill(s) went to collections, please provide proof of residence for any time between October 28, 2018 and December 31, 2021. If your county of residence changed during this time, please also check the box to the right.</p>	<p>I will provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Rental contract/lease/mortgage statement</p> <p><input type="checkbox"/> Utility bill</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or vehicle registration</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p> <p><input type="checkbox"/> My county of residence changed between October 28, 2018 and December 31, 2021</p>

I affirm that the information I have provided is true and correct.

Date

Signature