



# SALEM HEALTH

An OHSU Partner

Thân gửi bệnh nhân quý giá của chúng tôi,

Salem Health cam kết cung cấp chăm sóc sức khỏe cho các bệnh nhân nào mà có thể không có đủ các nguồn lực tài chính. Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho hỗ trợ tài chính, một phần của (các) tài khoản, lên đến 100% có thể được bỏ qua. **Chương trình này chỉ có thể đài thọ cho các phí tổn cần thiết về y tế từ cơ sở của Salem Health và không đài thọ các chi phí cho thủ tục, đơn thuốc, bác sĩ và/hoặc chuyên viên tư vấn.**

Một hồ sơ hỗ trợ tài chính là bắt buộc để Salem Health có thể đưa ra bất cứ quyết định về tài chính nào liên quan đến số dư nợ trong (các) tài khoản của quý vị. Xin điền đầy đủ vào mẫu đơn đính kèm và đính kèm các tài liệu được yêu cầu, sau đó gửi đến Salem Health. **Không hoàn thành trong việc cung cấp các tài liệu được yêu cầu đối với hộ gia đình của quý vị có thể dẫn đến việc từ chối cung cấp hỗ trợ tài chính.**

Quý vị sẽ nhận được một quyết định thư trong hộp thư trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ hoàn chỉnh. Nếu có thông tin hoặc tài liệu bổ sung được yêu cầu để giải quyết hồ sơ hỗ trợ tài chính, quý vị sẽ được thông báo về các yêu cầu đó. **Bất cứ các nguồn chi trả tiềm năng nào khác, như là bảo hiểm y tế của tiểu bang, health share co-op/chia sẻ chi phí, bảo hiểm trách nhiệm, bồi thường lao động, v.v.** **Phải được tận dụng trước khi điều chỉnh (các) tài khoản của quý vị.**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, xin liên lạc với Đội Hỗ Trợ Tài Chính tại số (503) 562-4357. Quý vị có thể ghé thăm văn phòng của chúng tôi tại 550 Hawthorne AVE SE Salem, OR 97301, **hoặc** quý vị có thể fax hồ sơ hoàn chỉnh và các tài liệu đến số (503) 814-1998. Nếu quý vị muốn gửi hồ sơ qua bưu điện, dùng địa chỉ hòm thư (PO Box) bên dưới. Địa chỉ email của chúng tôi là [financial.counselors@salemhealth.org](mailto:financial.counselors@salemhealth.org)

Thân Ái,

*Financial Assistance Team*  
Salem Health and West Valley Hospital  
PO Box 14001  
Salem, OR 97309-5014

#### Thông tin gia đình

- Liệt kê các thành viên đơn vị gia đình trực hệ, những người mà liên hệ với quý vị thông qua sinh nở, hôn phối hoặc nhận nuôi hợp pháp.
- Một đơn vị gia đình có thể bao gồm một cặp đôi có hôn thú sống cùng nhau hoặc sống riêng, một cặp đôi không hôn thú có một hoặc nhiều con chung, các đối tác cùng giới có đăng ký với Tiểu Bang Oregon, và con cái nếu họ nhỏ hơn 18 tuổi.

#### Thu nhập từ công việc và các thu nhập khác

- Bao gồm thu nhập gốc (trước thuế) cho 3 tháng lịch vừa qua.
- Bao gồm thu nhập không thông qua việc làm từ con cái phụ thuộc. Ví dụ thu nhập An Sinh Xã Hội, tiền trợ cấp cho con, hỗ trợ nhận con nuôi, hỗ trợ tài chính cho sinh viên.
- Bao gồm thu nhập từ tiền lãi, chia lợi nhuận, trái phiếu, v.v...



**Xin đọc kỹ**

**Quý vị phải cung cấp:** Federal Income Tax Return 1040 cho năm hiện tại **hoặc** thư xác nhận chưa khai thuế từ IRS

**Và tất cả các mục có thể áp dụng:** \_\_\_ Cùi lương của 3 tháng lịch vừa qua cho chính mình và người hôn phối/đối tác cùng giới.

\_\_\_Thư quyết định cấp SSI/SSA/SSD cho năm hiện tại \_\_\_thư cấp VA \_\_\_Tiền Cấp Dưỡng

\_\_\_ Tiền Cấp Hàng Năm \_\_\_ Nếu quý vị khai thu nhập \$0, xin hoàn tất và ký tên vào bản tuyên thệ được đính kèm

**Hồ Sơ Hỗ Trợ Tài Chính Bệnh Nhân**

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

**Quý vị có nộp đơn cho Oregon Health Plan (Medicaid) chưa? Có \_\_\_ Khi nào? \_\_\_\_\_ Không \_\_\_**

**Quý vị có đang dự phận trong một chương trình health share co-op/chia sẻ chi phí? Có \_\_\_ Không \_\_\_**

**Người chịu trách nhiệm**

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính \_\_\_\_\_

Nhà Tuyển Dụng: \_\_\_\_\_ Bao lâu? \_\_\_\_\_ Thu Nhập Gốc Hàng Tháng \$ \_\_\_\_\_

Nguồn thu nhập khác \_\_\_\_\_ Số tiền hàng tháng \$ \_\_\_\_\_

**Người hôn phối/Đối tác cùng giới**

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại \_\_\_\_\_

Nhà Tuyển Dụng: \_\_\_\_\_ Bao lâu? \_\_\_\_\_ Thu Nhập Gốc Hàng Tháng \$ \_\_\_\_\_

Nguồn thu nhập khác \_\_\_\_\_ Số tiền hàng tháng \$ \_\_\_\_\_

**Con cái**

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ \_\_\_\_\_

Chi phí y tế (ngoài bảo phí bảo hiểm hàng tháng)\*Chúng tôi có thể yêu cầu chứng từ về các chi phí này\*

Tiền chi trả Y Tế hàng tháng \$ \_\_\_\_\_ Tiền đồng trả cho Nhà Thuốc hàng tháng \$ \_\_\_\_\_

**Nguồn thu nhập bổ sung:** \$ \_\_\_\_\_/tháng \*đính kèm bằng chứng (tài sản cho thuê, an sinh xã hội, tiền cấp dưỡng, trợ cấp thất nghiệp, v.v...)

**Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin liệt kê ở đây là sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.**

Tôi hiểu rằng thông tin này được dùng để xác định khả năng chi trả cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi bởi Salem Health. Tôi cho phép Salem Health nhận, cung cấp, hoặc hành động dựa trên thông tin tài chính, và điều tra các thông tin trên. Việc điều tra sẽ bao gồm việc liên hệ, qua văn bản hoặc điện thoại, với những người, cơ quan, công ty, v.v... được quý vị ghi trong tài liệu thông tin tài chính này. Việc điều tra có thể bao gồm kiểm tra tín dụng. Tôi miễn truy cứu trách nhiệm đối với các nhân sự của bệnh viện được chỉ định và các bên cung cấp thông tin theo yêu cầu của nhân viên bệnh viện đối với các hành vi cố ý hoặc vô ý, liên lạc hoặc tiết lộ được thực hiện theo một cuộc điều tra như thế này. **Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai sự thật sẽ tự động khiến tôi mất tiêu chuẩn nhân bất kỳ sự hỗ trợ nào.**

Chữ Ký Người Chịu Trách Nhiệm: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ Ký Người Hôn Phối/Đối Tác Cùng Giới: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_



**SALEM HEALTH**  
*An OHSU Partner*

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

### **BẢN TUYÊN THỆ**

Tôi, \_\_\_\_\_ (VIẾT HOA TÊN), xác nhận rằng trong suốt khoảng thời gian \_\_\_\_\_ (ngày bắt đầu) đến hiện tại, tôi đã không có thu nhập hoặc các nguồn tài nguyên nào và đã nhận hỗ trợ từ \_\_\_\_\_ (tên của người hoặc nơi trú ẩn).

Tôi làm bản xác nhận này để nộp hồ sơ cho bất kỳ sự hỗ trợ tài chính nào mà tôi có thể được nhận dựa trên tình hình tài chính của tôi. Tôi hiểu rằng nếu bản xác nhận này được chứng minh là sai về bất cứ thông tin nào, Salem Health có thể thu hồi bất kỳ sự hỗ trợ tài chính nào đã được cung cấp và bắt cá nhân tôi chịu trách nhiệm cho các khoản phí tổn.

\_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký người chịu trách nhiệm

\_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký người hỗ trợ bệnh nhân

\_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Viết tên in hoa