

## Hướng Dẫn Bổ Sung Của MyChart Về Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Đây là đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính tại Fred Hutchinson Cancer Center. Đây là phiên bản bổ sung của MyChart. Vui lòng CHỈ sử dụng phiên bản này nếu quý vị đăng ký thông qua tài khoản MyChart của mình. Vui lòng tải lên đơn đăng ký này thông qua mô-đun MyChart. Nếu quý vị cần điền toàn bộ đơn đăng ký, vui lòng điều hướng đến trang web của chúng tôi để tải xuống đơn đăng ký đầy đủ tại [fredhutch.org/financialassistance](https://fredhutch.org/financialassistance). Quý vị cũng có thể yêu cầu mẫu đơn đăng ký hoặc thông tin từ địa điểm mà quý vị đang tìm kiếm dịch vụ chăm sóc.

**Tiểu Bang Washington yêu cầu tất cả các bệnh viện phải cung cấp hỗ trợ tài chính** cho những người và gia đình đáp ứng các yêu cầu nhất định về thu nhập. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên số người trong gia đình và thu nhập của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Chúng tôi sẽ Hỗ Trợ Tài Chính cho bất kỳ bệnh nhân/người bảo lãnh nào có tổng thu nhập hộ gia đình lên đến 300% Mức Nghèo Khó Liên Bang (Federal Poverty Level, FPL) với khoản giảm giá 100%. Đối với thời điểm sau ngày 1 tháng 7 năm 2022, chúng tôi sẽ mở rộng ngưỡng thành:

- 301-350% FPL để nhận giảm giá 75% và bệnh nhân có trách nhiệm chi trả 25% còn lại
- 351-400% FPL để nhận giảm giá 50% và bệnh nhân có trách nhiệm chi trả 50% còn lại

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ bộ phận Tư Vấn Tài Chính (Financial Counseling) của chúng tôi theo số (206) 606-6226 hoặc số điện thoại miễn cước (800) 304-1763 chọn tùy chọn 2, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7 giờ 30 phút sáng – 4 giờ chiều (Giờ Thái Bình Dương).

### **Hỗ trợ tài chính chi trả những gì?**

Hỗ trợ tài chính của bệnh viện chi trả cho các dịch vụ phù hợp được thực hiện tại bệnh viện do Fred Hutchinson Cancer Center cung cấp tùy thuộc vào tiêu chí đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể không chi trả cho tất cả chi phí chăm sóc sức khỏe, gồm cả các dịch vụ do tổ chức khác cung cấp.

### **Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để hoàn thành đơn đăng ký này:**

Vui lòng gọi cho bộ phận Tư Vấn Tài Chính theo số (206) 606-6226 hoặc số điện thoại miễn cước (800) 304-1763, chọn tùy chọn 2. Quý vị có thể yêu cầu hỗ trợ bất kể lý do, bao gồm cả trợ giúp về tình trạng khuyết tật và ngôn ngữ.

**Lưu ý: Quý vị không bắt buộc phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính.** Nhưng nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi Số An Sinh Xã Hội của mình thì điều đó sẽ giúp chúng tôi xử lý đơn đăng ký của quý vị nhanh hơn. Số An Sinh Xã Hội được sử dụng để xác minh thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có Số An Sinh Xã Hội, thì đánh dấu “không áp dụng” hoặc “NA”.

Vui lòng lưu lại một bản sao của đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính cho chính quý vị.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng liên quan đến tính đủ điều kiện và quyền khiếu nại, nếu có, trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu chứng minh thu nhập.

Bằng cách gửi đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị chấp thuận cho phép chúng tôi thực hiện những yêu cầu cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

***Chúng tôi muốn trợ giúp quý vị. Vui lòng nhanh chóng nộp đơn đăng ký của mình!***

***Quý vị có thể nhận được hóa đơn trong khi đơn đăng ký đang chờ xử lý. Fred Hutchinson Cancer Center và UW Medicine có thể chia sẻ thông tin nếu cần thiết để giúp bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc tại cả hai cơ sở (trong vòng 90 ngày kể từ ngày hoàn thành đơn đăng ký). Thời gian phê duyệt đối với mỗi tổ chức có thể khác nhau.***

## Mẫu Đơn Bổ Sung Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Của MyChart

Đây là phiên bản bổ sung của MyChart. Vui lòng CHỈ sử dụng phiên bản này nếu quý vị đăng ký thông qua tài khoản MyChart của mình. Vui lòng tải lên đơn đăng ký này thông qua mô-đun MyChart. Nếu quý vị cần điền toàn bộ đơn đăng ký, vui lòng điều hướng đến trang web của chúng tôi để tải xuống đơn đăng ký đầy đủ. [fredhutch.org/financialassistance](http://fredhutch.org/financialassistance). Quý vị cũng có thể yêu cầu mẫu đơn đăng ký hoặc thông tin từ địa điểm mà quý vị đang tìm kiếm dịch vụ chăm sóc.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin. Nếu không áp dụng, hãy điền "NA". Đánh kèm trang bổ sung nếu cần.

### THÔNG TIN KIỂM TRA SÀNG LỌC

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:
Bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có thể cần nộp đơn trước khi được cân nhắc nhận hỗ trợ tài chính
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như Trợ Cấp Tạm Thời dành cho Gia Đình Nghèo Khó (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Thực Phẩm Cơ Bản (Basic Food) hoặc Chương Trình Dinh Dưỡng Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Nhỏ (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân hiện có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn ô tô hoặc thương tích do công việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (có thể ghi rõ _____)	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội Của Bệnh Nhân* <small>*Xem ghi chú về Số An Sinh Xã Hội trên trang 1</small>
Thông Tin Liên Hệ	(Các) số điện thoại liên hệ chính: <b>Nhà:</b> _____ <b>Di động:</b> _____	
Địa chỉ email: _____	<b>Khác:</b> _____	

### THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" ở đây bao gồm những người có quan hệ theo huyết thống, kết hôn hoặc nhận con nuôi và hiện đang sống cùng nhau.

**SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_ **NGƯỜI PHỤ THUỘC** \_\_\_\_\_ *Đính kèm trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên (các) chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Có đang đăng ký nhận hỗ trợ tài chính không?
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không

**Tất cả thu nhập của các thành viên trưởng thành trong gia đình phải được kê khai. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:**

- Tiền lương - Trợ cấp thất nghiệp - Tiền tự kinh doanh - Khoản bồi thường của nhân viên
- Trợ cấp cho người khuyết tật - Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI) - Tiền cấp dưỡng nuôi con/vợ/chồng - Trợ cấp cho chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Tiền phân bổ tài khoản hưu trí
- Khác (vui lòng giải thích \_\_\_\_\_)