



Bản Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản của Chương trình Hỗ trợ Tài chính

Tổng quan: UC Irvine Health nỗ lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho bệnh nhân và tiêu chuẩn cao dành cho cộng đồng mà chúng tôi phục vụ. Chính sách này thể hiện sự cam kết của UCI's với sứ mệnh và tầm nhìn của chúng tôi thông qua việc hỗ trợ đáp ứng nhu cầu của những bệnh nhân thu nhập thấp, không được bảo hiểm và được bảo hiểm thấp hơn mức chung của cộng đồng.

"L- (-W.'\.,11--l \ Chương trình Hỗ trợ Tài chính của UCIH (Chăm sóc Từ thiện)

Chương trình Hỗ trợ Tài chính còn được biết với tên Chăm sóc Từ thiện cung cấp các dịch vụ cấp cứu hoặc các dịch vụ cần thiết về mặt y tế với mức giá thấp hoặc miễn phí cho bệnh nhân. Giảm giá sẽ được tự động áp dụng vào thời điểm lập hóa đơn cho người không được bảo hiểm.

Việc xác định đủ tiêu chuẩn tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính được thực hiện dựa trên việc kiểm tra Mẫu Sàng lọc Tài chính được điền đầy đủ thông tin và các tài liệu bổ sung, bao gồm giấy tờ chứng minh thu nhập, tài sản và các khoản nợ. Thông thường, bệnh nhân có thu nhập gia đình bằng hoặc dưới 200% Ngưỡng Nghèo Liên bang sẽ đủ điều kiện được giảm giá 100%. Bệnh nhân có thu nhập gia đình trong khoảng từ 201% đến 400% Ngưỡng Nghèo Liên bang có thể được giảm giá một phần dựa trên mức thu nhập. Nếu quý vị được nhận hỗ trợ tài chính theo Chính sách của chúng tôi, quý vị sẽ không bị tính phí cho các dịch vụ cấp cứu hoặc dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác cao hơn số tiền mà chúng tôi tính cho các bệnh nhân có bảo hiểm Medicare.

Cách lấy bản sao Chính sách của Chương trình Hỗ trợ Tài chính (Chăm sóc Từ thiện)

Quý vị có thể lấy bản sao của Chính sách và Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính:

- Trên trang web của UC Irvine Health tại địa chỉ ucirvinehealth.org.
- Tại Phòng Cấp cứu, Văn phòng Hỗ trợ Tài chính, bất kỳ nơi nào tại UC Irvine Health cho phép đăng ký bệnh nhân và tại Văn phòng Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi.

Cách nhận thông tin và hỗ trợ liên quan đến Chương trình Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi

Để biết thông tin về Chương trình Hỗ trợ Tài chính, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi ucirvinehealth.org hoặc liên hệ hoặc Văn phòng Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi theo số 1-833-353-7700 hoặc Văn phòng Dịch vụ Khách hàng theo số.
Từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8:30 đến 16:00.

Bản tóm tắt bằng ngôn ngữ đơn giản của Chương trình Hỗ trợ Tài chính có các phiên bản thứ tiếng nào?

Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Mẫu Sàng lọc Tài chính và Bản Tóm tắt bằng Ngôn ngữ Đơn giản có phiên bản tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.

Nhà cung cấp không tham gia vào Hỗ trợ Tài chính

Một số bác sĩ của UC Irvine Health, ví dụ như những bác sĩ không ký hợp đồng với UC Irvine Health Group cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại UC Irvine Health sẽ không tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính của UCI's.

Gửi lại đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin cho: 200 South Manchester Avenue, Suite 400, Orange, CA 92868



UC Irvine Health

Cảm ơn quý vị đã chọn UC Irvine Health cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.

Vui lòng điền và gửi lại mẫu sàng lọc Hỗ trợ Tài chính đính kèm. Mẫu sàng lọc phải được điền đầy đủ thông tin. Vui lòng gửi lại mẫu đã điền cùng với giấy tờ được liệt kê bên dưới sớm nhất có thể để chúng tôi có thể kịp thời trả lời yêu cầu xin hỗ trợ của quý vị.

Vui lòng gửi kèm những giấy tờ sau đây cùng với Mẫu Sàng lọc của quý vị:

- Bản sao của tờ khai thuế cá nhân bao gồm các mẫu W-2 và 1099
- Bản sao của hai phiếu lương gần đây nhất
- Bản sao của hai sao kê ngân hàng gần đây nhất

Việc thiếu giấy tờ có thể làm chậm quá trình xử lý đơn đăng ký của quý vị và có thể dẫn đến việc từ chối hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị thiếu bất kỳ giấy tờ nào kể trên, vui lòng viết rõ lý do thích hợp do không có thông tin này.

Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ với Nhóm Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số (833) 353-7700.

Trân trọng,

Patient Financial Services

Mẫu Sàng lọc Từ thiện

YÊU CẦU CỦA UC IRVINE HEALTH ĐỐI VỚI HỖ TRỢ TÀI CHÍNH/CÁC DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC BỒI THƯỜNG

Chương trình Hỗ trợ Tài chính của UC Irvine Health cung cấp hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe y tế nhưng có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc mức bảo hiểm quá thấp, không đủ điều kiện được nhận chương trình của chính phủ và không có khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết do hoàn cảnh kinh tế gia đình khó khăn.

Để xác định xem bệnh nhân/người bảo lãnh có đủ điều kiện được nhận hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập một số thông tin tài chính cụ thể. Sự hợp tác của quý vị sẽ cho phép chúng tôi xem xét tất cả các yêu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị. Vui lòng hoàn thành bảng câu hỏi dưới đây và gửi lại (các) bản sao công chứng phiếu lương và bảng sao kê ngân hàng của bạn.

Tên _____	Người bảo lãnh/Số Tài khoản _____		
Địa chỉ _____	Số điện thoại _____		
Ngày sinh ____/____/____	Số An sinh Xã hội _____		
Giới tính _____ Nam / Nữ	Quý vị có sở hữu nhà riêng không? Có () Không ()		
Số người phụ thuộc trong hồ sơ hoàn thuế: _____	Quý vị có sở hữu tài sản nào khác không? Có () Không ()		
Liệt kê những người phụ thuộc:	Quý vị có sở hữu xe hơi không? Có () Không ()		
<u>Tên</u>	<u>Mối quan hệ</u>	<u>Tuổi</u>	<u>Giới tính</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

THU NHẬP: VUI LÒNG CUNG CẤP BẢN SAO CÔNG CHỨNG PHIẾU LƯƠNG VÀ BẢN SAO KÊ NGÂN HÀNG VÀ LIỆT KÊ THU NHẬP

	Hàng tháng	Hàng năm
Lương (Bản thân)	_____	_____
(Vợ/Chồng)	_____	_____
(Thành viên khác trong gia đình)	_____	_____
Tự làm chủ	_____	_____
Hỗ trợ Công cộng	_____	_____
An sinh Xã hội	_____	_____
Trợ cấp Thất nghiệp	_____	_____
Nghỉ hưu	_____	_____
Tiền cấp dưỡng /Trợ cấp Nuôi con	_____	_____
Lương quân sự được chuyển cho gia đình	_____	_____
Lương hưu	_____	_____
Thu nhập từ Cổ tức, Lãi suất, Tiền cho thuê	_____	_____

CHI PHÍ (Hàng tháng)

Thế chấp/Tiền thuê (1) _____
Dịch vụ chung _____
Điện thoại _____
Thực phẩm _____
Vay tài chính/vay khác _____
Khoản vay tự động _____
Khác _____
TỔNG CHI PHÍ _____

THÔNG TIN NGÂN HÀNG

Số tài khoản séc: _____
Số dư: _____
Số tài khoản tiết kiệm: _____
Số dư: _____
Hóa đơn Y tế _____

(1) Nếu không có, nguồn nhà ở _____

- Tôi tuyên bố theo điều khoản khai man rằng các câu trả lời tôi đưa ra là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi đồng ý thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ, trong vòng 10 ngày, nếu có bất kỳ thay đổi nào về thu nhập, tài sản, chi phí của tôi (hoặc của người tôi đang bảo lãnh) hoặc thay đổi về số lượng người trong gia đình hoặc bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu chứng minh các tuyên bố của tôi và các tuyên bố đủ điều kiện của tôi sẽ được xác minh bằng cách liên hệ với chủ lao động của tôi, ngân hàng, xác minh tín dụng và kiểm kê tài sản.
- Tôi cũng đồng ý rằng trong việc xem xét nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc thương tích, tôi phải bồi hoàn cho bệnh viện từ tiền thu được từ bất kỳ vụ kiện tụng hoặc hòa giải nào từ hành vi đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ điều kiện cho các dịch vụ không được bồi thường, tôi sẽ tự chi trả chi phí của các dịch vụ do UC Irvine Health cung cấp hoặc tôi có thể kháng cáo quyết định bằng văn bản với các tài liệu bổ sung.

_____ Chữ ký _____ Ngày _____