


Tên Người thanh toán:	 Biểu mẫu sàng lọc hỗ trợ tài chính
Địa chỉ Người thanh toán:	
Mã số Người thanh toán:	
Tên Bệnh nhân:	
Liệt kê ngày Khám chữa bệnh:	

Cảm ơn quý vị đã chọn UCI Health làm đội ngũ chăm sóc sức khỏe y tế của quý vị. Quá trình sàng lọc tài chính của chúng tôi cho thấy quý vị không có bất kỳ bảo hiểm y tế nào để chi trả cho việc thăm khám của mình. UCI Health cung cấp Hỗ trợ tài chính/Chăm sóc từ thiện cho những bệnh nhân không có bảo hiểm và có bảo hiểm thấp. Những bệnh nhân có thu nhập ở mức hoặc dưới 400% mức thu nhập liên bang sẽ đủ điều kiện nhận một số loại hỗ trợ. Chúng tôi đang đính kèm đơn xin hỗ trợ tài chính/chăm sóc từ thiện của chúng tôi để quý vị xem xét.

Tất cả bệnh nhân được khuyến khích nộp đơn xin Medi-Cal hoặc bất kỳ hỗ trợ nào khác trước khi xem xét dịch vụ chăm sóc từ thiện.

Để xác định quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, vui lòng hoàn thành đơn đăng ký kèm theo này và cung cấp bản sao của danh sách các tài liệu sau đây cho văn phòng của chúng tôi càng sớm càng tốt. Quý vị có trách nhiệm thanh toán phần phí hiện tại cho đến khi đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị được xem xét và chấp thuận hoặc từ chối.

- Bảng lương 2 tháng gần nhất hoặc hồ sơ khai thuế năm trước hoặc năm hiện tại
- Bảng chứng về chi phí y tế cao (xem giải thích bên dưới)
- Khác: _____

Nếu phần viện phí chưa thanh toán của quý vị là số tiền quý vị phải trả sau khi bảo hiểm đã thanh toán, quý vị phải cung cấp bằng chứng về các hóa đơn y tế chi phí cao. Hóa đơn y tế chi phí cao có nghĩa là tất cả các chi phí y tế quý vị đã thanh toán trong 12 tháng qua; tương đương 10% hoặc hơn thu nhập hộ gia đình hàng năm của quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc cần hỗ trợ để hoàn thành đơn xin hỗ trợ tài chính, vui lòng liên hệ với Văn phòng thanh toán của chúng tôi theo số 833-353-7700 vào các ngày trong tuần từ 8:30 sáng đến 4:00 chiều.

Quý vị có thể nộp đơn đã hoàn thành và các tài liệu của mình đến UCImcbilling@uci.edu hoặc tải lên qua MyChart. Quý vị cũng có thể gửi đơn và các tài liệu qua đường bưu điện đến:

Chương trình khiếu nại hóa đơn bệnh viện

Chương trình Khiếu nại Hóa đơn Bệnh viện là một chương trình của tiểu bang, xem xét các quyết định của bệnh viện về việc quý vị có đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán hóa đơn bệnh viện hay không. Nếu quý vị tin rằng mình đã bị từ chối hỗ trợ tài chính một cách vô lý, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Chương trình Khiếu nại Hóa đơn Bệnh viện. Truy cập vào trang HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov để biết thêm thông tin và nộp đơn khiếu nại.

Giúp đỡ chi trả viện phí

Có các tổ chức bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng miễn phí sẽ giúp quý vị hiểu quy trình thanh toán và lập hóa đơn. Quý vị có thể gọi cho Health Consumer Alliance theo số 888-804-3536 hoặc truy cập www.healthconsumer.org để biết thêm thông tin.

Tên Người thanh toán:	UCI Health Biểu mẫu sàng lọc hỗ trợ tài chính
Địa chỉ Người thanh toán:	
Mã số Người thanh toán:	
Tên Bệnh nhân:	
Liệt kê ngày Khám chữa bệnh:	

Chương trình Hỗ trợ Tài chính của UCI Health cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cần thiết về mặt y tế, có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm không chi trả, không đủ điều kiện tham gia chương trình của chính phủ hoặc không có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết dựa trên tình hình tài chính gia đình cá nhân của họ.

Để xác định xem bệnh nhân và/hoặc người thanh toán có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập một số thông tin tài chính nhất định. Sự hợp tác kịp thời của quý vị sẽ cho phép chúng tôi xem xét đơn đăng ký của quý vị và nhanh chóng xác định quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Vui lòng hoàn thành bảng câu hỏi bên dưới và gửi lại cùng với bản sao phiếu lương hoặc hồ sơ thuế của quý vị.

Tên bệnh nhân:

Mã số tài khoản UCI Health hoặc mã số người thanh toán: _____

Tên và địa chỉ của quý vị (bao gồm quốc gia):

Số điện thoại (khoanh tròn số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị vào ban ngày)

Số ĐT nhà:

Số ĐT nơi làm việc:


Ngày tháng năm sinh:

Của bệnh nhân:

Của vợ chồng/người thanh toán:

Chỗ làm của quý vị (tên và địa chỉ)/ Chỗ làm của vợ chồng quý vị (tên và địa chỉ):

Tuổi và mối quan hệ của những người sống cùng quý vị và được khai báo trong tờ khai thuế của quý vị (đối với bệnh nhân là người phụ thuộc):

Tên Người thanh toán:	 Biểu mẫu sàng lọc hỗ trợ tài chính
Địa chỉ Người thanh toán:	
Mã số Người thanh toán:	
Tên Bệnh nhân:	
Liệt kê ngày Khám chữa bệnh:	

THU NHẬP HÀNG THÁNG/HÀNG NĂM

Vui lòng cung cấp bản sao bảng lương của hai tháng gần nhất.

	Lương tháng	Lương năm
Lương (bản thân)	_____	_____
(vợ chồng)	_____	_____
(các thành viên khác)	_____	_____
Các thu nhập có trả thuế khác	_____	_____
TỔNG THU NHẬP	\$_____	\$_____

- Tôi đảm bảo các câu trả lời tôi đã 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 nếu có bất kỳ thay đổi nào về thu nhập của tôi (hoặc gia đình tôi), hoặc về những người trong hộ gia đình hoặc bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ.
- Tôi đồng ý thêm rằng trong trường hợp tôi nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc thương tích, tôi sẽ hoàn trả cho bệnh viện từ số tiền thu được từ bất kỳ vụ kiện tụng hoặc giải quyết nào phát sinh từ sự việc đó.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, tôi sẽ chịu trách nhiệm về các khoản phí giảm giá liên quan đến các dịch vụ đã nhận và đủ điều kiện để được sắp xếp thanh toán. Tôi có thể kháng cáo quyết định xác định từ thiện bằng văn bản kèm theo các tài liệu bổ sung.

Chữ ký _____ Ngày _____

Vợ chồng/Người thanh toán _____ Ngày _____