



HƯỚNG DẪN GHI DANH NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

LƯU Ý: Đơn này Không phải là Đơn ghi danh cho Chương trình Medi-Cal của California

CHOC yêu cầu quý vị nộp đơn ghi danh đính kèm và các tài liệu hỗ trợ được liệt kê dưới đây để đánh giá đúng yêu cầu giảm chi phí bệnh nhân/bác sĩ đã phát sinh tại CHOC tại Orange, CHOC tại Bệnh viện Mission, phòng khám của CHOC hoặc các địa điểm Chăm sóc Chính của CHOC.

Vui lòng điền thông tin vào tất cả các mục trong đơn ghi danh. Quý vị phải đính kèm cùng với đơn ghi danh các tài liệu được liệt kê theo yêu cầu. Mọi đơn ghi danh thiếu thông tin hoặc đã nộp mà không có tài liệu hỗ trợ cần thiết sẽ được gửi trả lại cho quý vị.

CHÚ Ý: CÁC TÀI LIỆU SAU ĐÂY LÀ BẮT BUỘC.

Quý vị phải nộp những tài liệu này đi kèm với Đơn ghi danh nhận Hỗ trợ Tài chính.

Hai (2) phiếu lương gần nhất

Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang từ năm trước

Vui lòng cung cấp tài liệu chứng minh các nguồn thu nhập khác sau đây, bao gồm:

Thu nhập Kinh doanh (Tự Doanh)

Thu nhập từ Hoạt động Cho thuê

Trợ cấp Nuôi dưỡng

Tiền cấp dưỡng

An sinh Xã hội

Trợ cấp Thất nghiệp

Bồi thường cho Người lao động

Phúc lợi / AFDC

Nếu quý vị không có thu nhập hoặc không có bằng chứng về thu nhập, vui lòng gửi một lá thư giải thích cách quý vị nuôi sống bản thân hoặc chu cấp cho gia đình.

Vui lòng gửi email đến địa chỉ FinancialAssistance@choc.org theo liên kết email bảo mật để gửi đơn ghi danh và các tài liệu hỗ trợ của quý vị.

Quý vị cũng có thể gửi đơn ghi danh đã điền thông tin qua đường bưu điện đến:

CHOC

CHOC Family Payment Center

1201 W. La Veta Ave

Orange, California 92868-3874

Bệnh viện sử dụng các hướng dẫn về mức nghèo liên bang được công bố hiện hành để xác định tính đủ điều kiện. Chính sách Hỗ trợ Tài chính của CHOC Children được cung cấp theo yêu cầu. Nếu quý vị cần liên hệ với bệnh viện để trao đổi về đơn ghi danh, vui lòng liên hệ với Trung tâm Nguồn hỗ trợ Tài chính Gia đình của CHOC theo số 714-509-8600.

Cảm ơn quý vị đã chọn CHOC để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của gia đình.

Thông tin Bệnh nhân

Tên Bệnh nhân:		
Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐	Số Tài khoản:	
Ngày sinh của Bệnh nhân:	(Các) Ngày Cung cấp Dịch Vụ:	
Tên Người bảo lãnh:		
Địa chỉ:		
Bệnh nhân có bảo hiểm y tế không?	Có	Không
Bệnh nhân đã ghi danh nhận Medi-Cal hoặc CCS chưa?	Có	Không
Số Thành viên trong Gia đình / Người phụ thuộc trong mỗi Lần Nộp Thuế thu (Bao gồm tất cả trẻ em từ 21 tuổi trở xuống)		Độ tuổi của Thành viên trong Gia đình:

Thông tin về Thu nhập

Thông tin về Cha mẹ / Người bảo lãnh	Thông tin về Chủ lao động	Thu nhập Hàng tháng (TRƯỚC Thuế)
Tên Cha/mẹ #1	Tên Chủ lao động:	
		\$
Tên Cha/mẹ #2	Tên Chủ lao động:	
		\$
Thu nhập Khác:	Nguồn Thu nhập:	
		\$
		\$

Thu nhập Hàng năm: \$

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã hoặc sẽ ghi danh nhận mọi sự hỗ trợ (Medi-Cal, Healthy Families, bảo hiểm, v.v.) có thể có để thanh toán các dịch vụ y tế và tôi sẽ thực hiện mọi hành động cần thiết hợp lý để nhận sự hỗ trợ đó và sẽ chỉ định hoặc chi trả cho bệnh viện số tiền được thu hồi cho các dịch vụ y tế.

Tôi hiểu rằng đơn ghi danh này là công cụ để bệnh viện đánh giá tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Tôi cũng hiểu rằng bệnh viện sẽ xác minh thông tin, trong đó có thể bao gồm lấy báo cáo tín dụng. Nếu thông tin tôi cung cấp được chứng minh là không đúng sự thật, hoặc nếu tôi không tuân thủ quy trình giới thiệu cho Medi-Cal, Medicare, California Children's Services hoặc các chương trình đã xác định khác, thì tôi có thể bị tước quyền được cân nhắc tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính.

Chữ ký:	Ngày:
Tên:	Số điện thoại Liên hệ:
Email:	