



HỒ SƠ ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Điện thoại: 417-269-0523 Springfield hoặc 417-348-8930 Branson hoặc 417-354-1118 Monett hoặc 417-681-5100 Barton County

E-mail: FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

Quan trọng: QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC NHẬN CHĂM SÓC GIẢM GIÁ. Hoàn thành hồ sơ đăng ký này sẽ giúp CoxHealth xác định liệu quý vị có thể nhận các dịch vụ giảm giá hoặc hội đủ điều kiện cho các chương trình công cộng khác có thể hỗ trợ quý vị thanh toán dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, KHÔNG BẮT BUỘC CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐỦ TIÊU CHUẨN NHẬN DỊCH VỤ CHĂM SÓC GIẢM GIÁ. Tuy nhiên, bắt buộc có Số An Sinh Xã Hội cho một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Không bắt buộc cung cấp Số An Sinh Xã Hội nhưng nếu quý vị cung cấp, việc này sẽ giúp bệnh viện xác định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ chương trình công cộng nào hay không.

Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này và nộp trực tiếp cho bệnh viện hoặc qua đường bưu điện tại:

CoxHealth

Attn: Financial Counselors

P O Box 650

Branson, MO 65615

Fax 417-335-7071

hoặc qua thư điện tử đến FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com, để nộp hồ sơ đăng ký cho dịch vụ chăm sóc giảm giá trong vòng 240 ngày sau ngày xuất hóa đơn đầu tiên.

Bệnh nhân xác nhận rằng họ đã nỗ lực hết sức để cung cấp tất cả các thông tin bắt buộc trong hồ sơ đăng ký này để hỗ trợ bệnh viện xác định liệu bệnh nhân có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân	Ngày sinh	Số An Sinh Xã Hội của bệnh nhân (Tùy chọn và không bắt buộc)
Bệnh nhân		Người chịu trách nhiệm về hóa đơn
Cư dân của Missouri tại thời điểm nhận dịch vụ? Có ___ Không ___		Tên
Đường phố		Đường phố
Thành phố, Tiểu bang Mã ZIP		Thành phố, Tiểu bang Mã ZIP
Điện thoại: ()		Điện thoại: ()
E-mail:		E-mail:

THÔNG TIN VIỆC LÀM

Chủ lao động của bệnh nhân	Chủ lao động của Vợ hoặc chồng/Người cùng chung sống/Người giám hộ
Đường phố	Đường phố
Thành phố, Tiểu bang Mã ZIP	Thành phố, Tiểu bang Mã ZIP
Điện thoại: ()	Điện thoại: ()

THÔNG TIN KHÁC

1. Nguyên nhân dẫn đến nhu cầu cần các dịch vụ này có phải do bệnh nhân bị tai nạn không?	Có ___ Không ___
2. Bệnh nhân có phải là nạn nhân của một hành vi phạm tội dẫn đến nhu cầu cần các dịch vụ này không?	Có ___ Không ___
3. Số người trong gia đình và/hoặc hộ gia đình của bệnh nhân?	
4. Số người là người phụ thuộc* của bệnh nhân?	
5. Tuổi của những người phụ thuộc* vào bệnh nhân?	
6. Vào thời điểm nhận dịch vụ hoặc sau đó, bệnh nhân có ly hôn, ly thân hoặc đang trong quá trình chấm dứt hôn nhân không?	Có ___ Không ___
7. Vào thời điểm nhận dịch vụ hoặc sau đó, bệnh nhân có phải là người phụ thuộc của bố/mẹ đã ly hôn, ly thân hoặc đang trong quá trình chấm dứt hôn nhân không?	Có ___ Không ___
8. Nếu trả lời Có cho câu hỏi số 6 hoặc số 7, ai là người chịu trách nhiệm cho dịch vụ chăm sóc y tế của bệnh nhân theo thỏa thuận hoặc quyết định ly hôn hay ly thân?	
Tên: _____	Mối quan hệ: _____
Địa chỉ: _____	Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip: _____
Điện thoại: () _____	

*Người phụ thuộc là trẻ vị thành niên hoặc bất kỳ người nào được liệt kê là người phụ thuộc trong tờ khai thuế liên bang của một người.

LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC GÓI BẢO HIỂM LIÊN QUAN ĐẾN DỊCH VỤ NHẬN ĐƯỢC TRONG PHẦN DƯỚI ĐÂY

Loại Bảo Hiểm	Tên Bảo Hiểm	Số Hợp Đồng	Số Nhóm
Bảo Hiểm Sức Khỏe			
Medicare			
Hỗ Trợ Medicare			
Medicaid			
Phúc Lợi Cựu Chiến Binh			

THU NHẬP VÀ CHI PHÍ HÀNG THÁNG

Đính kèm các tài liệu sau đây làm Giấy Tờ Chứng Minh Thu Nhập:

- | | |
|--|---|
| A. Tờ khai thuế Liên Bang gần đây nhất | B. Biểu mẫu W-2 và biểu mẫu 1099 gần đây nhất |
| C. Hai (2) phiếu lương gần đây nhất | D. Xác minh thu nhập bằng văn bản từ chủ lao động nếu nhận lương bằng tiền mặt – nếu không có tờ khai thuế hoặc W-2 |
| E. Giấy tờ chứng minh không có hồ sơ (Biểu mẫu IRS 4506) | |

**	Bệnh nhân	Vợ hoặc chồng/Người cùng chung sống	Phụ huynh/Người giám hộ
Tổng Lương Hàng Tháng			
Thu Nhập Tự Kinh Doanh			
An Sinh Xã Hội			
An Sinh Xã Hội Cho Người Khuyết Tật			
Bảo Hiểm Khuyết Tật Cá Nhân			
Bảo Hiểm Khuyết Tật Cựu Chiến Binh			
Lương Hưu Cựu Chiến Binh			
Thất Nghiệp			
Bồi Thường Cho Người Lao Động			
Thu Nhập Hưu Trí			
Cấp Dưỡng Nuôi Con			
Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng hoặc Hỗ Trợ Cho Vợ/Chồng Khác			
Hỗ Trợ Tạm Thời cho Gia Đình Nghèo (TANF)			
Khác, Liệt kê			

CHI PHÍ **CHI PHÍ HÀNG THÁNG**

Nhà ở	
Tiện ích (như: Điện thoại, Gas, Điện, Nước)	
Thực phẩm	
Chăm sóc trẻ	
Đi lại	
Chi phí y tế	
Các chi phí khác	

**Không bắt buộc điền bảng trên nếu quý vị chỉ nộp hồ sơ đăng ký hỗ trợ liên quan đến dịch vụ ngoại trú.

Xác Nhận Hồ Sơ Đăng Ký Missouri Health Net, Medicaid hoặc Marketplace

Nếu quý vị đã nộp hồ sơ đăng ký Missouri Health Net, Medicaid hoặc Marketplace và chưa nhận được quyết định của quý vị, vui lòng nêu rõ ngày và quận nộp hồ sơ đăng ký dưới đây. Vui lòng bỏ qua nếu quý vị gửi thư từ chối cùng hồ sơ đăng ký của quý vị.

Ngày Nộp Hồ Sơ Đăng Ký Quận Nộp Hồ Sơ Đăng Ký

ĐÍNH KÈM THÔNG TIN KHÁC CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH HÌNH TÀI CHÍNH

CHỨNG NHẬN: Tôi xác nhận rằng thông tin trong hồ sơ đăng ký này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ nộp hồ sơ đăng ký hỗ trợ của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể hội đủ điều kiện để giúp thanh toán cho hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp có thể được CoxHealth xác minh và tôi cho phép họ liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong hồ sơ đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không đúng sự thật trong hồ sơ đăng ký này, tôi sẽ không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính, bất kỳ Hỗ Trợ Tài Chính nào đã được cấp cho tôi đều có thể bị thu hồi và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán (các) hóa đơn.

Chữ ký của bệnh nhân/bên có trách nhiệm:

Ngày: