

Tên Người bảo lãnh
Địa chỉ
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip

Ngày: Ngày hôm nay

Tên (Tên, Đệm, Họ)	Mã số Bên Chịu trách nhiệm:	Gửi lại vào:
--------------------	-----------------------------	--------------

Nebraska Medicine cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho những bệnh nhân không có đủ nguồn tài chính. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ, một phần (các) tài khoản của quý vị, lên đến 100%, có thể được miễn chi trả. Quý vị sẽ không phải chịu trách nhiệm cho số tiền được miễn đó. Nebraska Medicine quản lý chương trình hỗ trợ này không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, tín ngưỡng, màu da, giới tính, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo hay độ tuổi.

Hướng dẫn: Điền thông tin cho toàn bộ đơn đăng ký. Đơn đăng ký này phải bao gồm bản sao của bất cứ tài liệu nào sau đây được áp dụng cho quý vị. Vui lòng đính kèm bản sao và không phải bản gốc, vì Nebraska Medicine không thể đảm bảo trả lại tài liệu đã được gửi cùng đơn đăng ký. **Nếu thiếu bất cứ tài liệu nào, việc này sẽ trì hoãn quá trình xử lý đơn đăng ký và/hoặc dẫn tới Từ chối đơn đăng ký và quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả cho toàn bộ khoản nợ.**

Gửi Đơn đăng ký đã điền thông tin và tài liệu đến:

Nebraska Medicine
Attn: Patient Access – Financial Counseling
987530 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-7530

1. Nếu quý vị có thu nhập:

Đính kèm bản sao Đơn 1040 của IRS gần đây nhất và bảng kê khai thích hợp

Nếu quý vị không nộp kê khai thuế thu nhập liên bang, quý vị phải:

lập văn bản tuyên bố rằng quý vị không phải nộp kê khai thuế và lí do tại sao (gửi cùng với đơn đăng ký)

gửi cho chúng tôi bản sao của kê khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất của bất cứ ai xác nhận quý vị là người phụ thuộc

Đính kèm bằng chứng bổ sung cho thu nhập hộ gia đình của quý vị, có thể bao gồm:

đơn 1099 của An sinh Xã hội hoặc thư cấp

thư cấp trợ cấp thất nghiệp hoặc đền bù dành cho lao động

hai cuống séc lương gần đây nhất (của bản thân, vợ/chồng và những người khác sống trong gia đình)

Nếu quý vị tự kinh doanh, quý vị phải gửi kèm Bảng kê khai C và/hoặc kê khai lỗ lãi

Hỗ trợ Trẻ em và Cấp dưỡng

Snap (Chương trình hỗ trợ dinh dưỡng bổ sung) (Phiếu thực phẩm), thư hỗ trợ sưởi ấm hoặc nhà ở

2. Nếu quý vị không có thu nhập:

Nếu quý vị không có thu nhập, hãy gửi cho chúng tôi thư hỗ trợ. Người cung cấp hỗ trợ cho quý vị phải ký vào thư và công chứng tài liệu.

3. Bằng chứng tiền mặt sẵn có của gia đình

tài khoản thanh toán và/hoặc tài khoản tiết kiệm

cổ phiếu, trái phiếu, chứng nhận gửi tiền (CD), tài khoản lãi suất cao hoặc trợ cấp hàng năm

bất cứ đầu tư nào khác, bao gồm bất động sản

Tài khoản Tiết kiệm cho Sức khỏe (HSA), Tài khoản Tiết kiệm cho Y tế (MSA), Sắp xếp Chi phí Linh hoạt (FSA), hoặc Sắp xếp Hoàn trả Chi phí Y tế (HRA)

4. Thư từ chối hỗ trợ y tế

Dựa trên kết quả kiểm tra tài chính ban đầu, quý vị có thể cần đăng ký Hỗ trợ Y tế (Medicaid, Khuyết tật và/hoặc các chương trình có sẵn khác) và gửi bản sao của Thư từ chối trước khi chúng tôi có thể phê duyệt đơn đăng ký của quý vị. Mặc dù hỗ trợ tài chính có thể được phê duyệt cho dịch vụ, quý vị có thể được yêu cầu hoàn thành đơn đăng ký Hỗ trợ Y tế bất cứ lúc nào trong quá trình xử lý.

Tên (Tên, Đệm, Họ)

Mã số Bên chịu trách nhiệm:

Gửi lại vào:

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tên của Bên chịu trách nhiệm:

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã Zip:

 Số điện thoại ban ngày:
thuộc):

 Số người trong Hộ gia đình (Bệnh nhân, Vợ/Chồng và những người phụ
thuộc):
Tình trạng Hôn nhân:

 Tình trạng Lao động: Toàn thời gian Bán thời gian Tự kinh doanh Thất nghiệp Học sinh
 Tên Chủ sử dụng lao động:

Độ dài Thời gian Lao động:

Ngày/Độ dài Thời gian Thất nghiệp: (Tháng, Ngày, Năm)

Tên Vợ/Chồng/Bạn đời:

 Tình trạng Lao động: Toàn thời gian Bán thời gian Tự kinh doanh Thất nghiệp Học sinh
 Tên Chủ sử dụng lao động:

Độ dài Thời gian Lao động:

Ngày/Độ dài Thời gian Thất nghiệp: (Tháng, Ngày, Năm)

 Người phụ thuộc (Nếu nhiều hơn 5 người sử dụng trang riêng)
 Họ và tên

Quan hệ

Ngày sinh (Tháng, Ngày, Năm)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Quý vị có Bảo hiểm Sức khỏe không?

 Có Không

 Nếu **CÓ** vui lòng gửi kèm bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm của quý vị.

Quý vị có nộp đơn xin Medicaid/Khuyết tật hoặc hỗ trợ khác của chính phủ trong 6 tháng gần đây không?

 Có Không

 Nếu **CÓ** vui lòng gửi kèm bản sao Thư từ chối (Letter of Denial) hoặc chứng nhận đủ điều kiện.

Các dịch vụ liên quan đến tai nạn xe cộ, Đền bù Lao động, hoặc bất kỳ tranh chấp bên thứ ba nào, vui lòng cung cấp tên của luật sư và/hoặc người đại diện và thông tin liên hệ:

Tên:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Loại Trường hợp:

Thu nhập Hộ gia đình Hàng tháng: Cung cấp thu nhập hàng tháng của quý vị và các thành viên khác trong gia đình. Đồng thời đính kèm các bản sao của Đơn 1040 của IRS và các tài liệu chứng minh thu nhập khác (xem danh sách tài liệu).

	Bản thân	Vợ/Chồng và/hoặc các thành viên		Bản thân	Vợ/Chồng và/hoặc các thành viên
Lương	\$	\$	Trợ cấp thất nghiệp	\$	\$
Tự kinh doanh	\$	\$	Đền bù Lao động	\$	\$

Trợ cấp hoặc Lương hưu	\$	\$	Cấp dưỡng	\$	\$
Cổ tức hoặc Tiền lãi	\$	\$	Hỗ trợ Trẻ em	\$	\$
Tiền thuê và Tác quyền	\$	\$	Khác	\$	\$

Chi phí Hộ gia đình và Y tế Hàng tháng: Viết N/A cho bất cứ mục nào không liên quan tới quý vị. Sử dụng thêm trang cho các chi phí bổ sung.

	Nợ chưa Thanh toán	Thanh toán Hàng tháng		Nợ chưa Thanh toán	Thanh toán Hàng tháng
Cầm cố	\$	\$	Các cơ quan thu nợ	\$	\$
Tiền Thuê	\$	\$	Thẻ tín dụng	\$	\$
Nợ	\$	\$	Chi phí tiện ích	\$	\$
Chi phí Y tế	\$	\$	Thực phẩm	\$	\$
Thuốc kê đơn	\$	\$	Bảo hiểm Ô tô	\$	\$
Chăm sóc Trẻ em	\$	\$	Bảo hiểm Nhân thọ	\$	\$
Điện thoại	\$	\$	Bảo hiểm Sức khỏe	\$	\$
Khác	\$				

Các nguồn sẵn có của hộ gia đình: Đính kèm các bản sao của bảng kê hộ gia đình của quý vị tháng vừa qua cùng với đơn này.

Quý vị hoặc các thành viên khác trong hộ gia đình của quý vị có tài khoản ngân hàng không? Có Không

Nếu **CÓ**, vui lòng gửi kèm bảng kê hàng tháng gần nhất. Chọn các loại tài khoản quý vị có:

Thanh toán Tiết kiệm Thị trường tiền tệ Chứng nhận gửi tiền (CD) Tài khoản Tiết kiệm cho Sức khỏe (HAS, FSA, MSA, HRA)

Quý vị có cổ phiếu, trái phiếu hoặc các khoản đầu tư khác không? Có Không

Nếu **CÓ**, vui lòng gửi kèm các bảng kê gần đây nhất.

Phương tiện xe cơ giới: Sở hữu Thuê (chọn một)

Nhãn hiệu
Nhãn hiệu

Mẫu
Mẫu

Năm
Năm

Tôi bảo đảm tất cả thông tin được đưa ra ở đây đều đúng và chính xác với những gì tôi biết. Tôi hiểu rằng thông tin này được sử dụng để xác định khả năng của tôi về việc chi trả cho các dịch vụ, mà sẽ được hoàn trả lại cho tôi bởi Nebraska Medicine. Qua đây tôi cho phép nhân viên được ủy quyền của Nebraska Medicine nhận, cung cấp hoặc hành động theo thông tin tài chính, nhằm điều tra những thông tin ghi tại đây. Điều tra sẽ bao gồm liên lạc, bằng thông báo văn bản hoặc qua điện thoại, với những người, công ty, tập đoàn, v.v. được quý vị nêu trong tài liệu thông tin tài chính này. Điều tra cũng có thể bao gồm kiểm tra tín dụng. Qua đây tôi miễn cho các nhân viên được chỉ định của bệnh viện và tất cả các bên cung cấp thông tin theo yêu cầu của các nhân viên bệnh viện khỏi các trách nhiệm pháp lý về bất cứ hành động ủy thác hoặc thiếu sót, truyền đạt hoặc tiết lộ được thực hiện theo điều tra đó. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin sai sẽ tự động loại tôi khỏi bất kỳ loại hỗ trợ nào.

Chữ ký của Bên chịu trách nhiệm _____ Ngày: _____

Chữ ký của Vợ/Chồng _____ Ngày: _____