



CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC TỪ THIỆN VÀ CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN CÓ GIẢM GIÁ ĐƠN ĐĂNG KÝ

NGƯỜI LÀM ĐƠN PHẢI ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ SAU ĐỂ ĐƯỢC XEM XÉT

TƯ CÁCH HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH THANH TOÁN GIẢM GIÁ HOẶC CHĂM SÓC TỪ THIỆN:

- Bệnh nhân chỉ đủ điều kiện tham gia chương trình thanh toán có giảm giá có thể nhận được ít trợ cấp tài chính hơn so với trợ cấp được cung cấp theo chương trình chăm sóc từ thiện.
- Bệnh nhân chỉ có thể nộp đơn đăng ký nhận các dịch vụ tại Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Francisco, Phòng Khám Chăm Sóc Chính của Cộng Đồng, Bệnh Viện Laguna Honda, Ban Sức Khỏe Dân Số hoặc Bộ Phận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.
- Phải tiết lộ và hợp tác lập hóa đơn cho tất cả các loại bảo hiểm thương mại hoặc bảo hiểm chính phủ hiện có.
- Phải hợp tác tham gia quy trình sàng lọc tư cách hội đủ để được hưởng Medi-Cal.
- Không được có, dự kiến có hoặc đang chờ xử lý bất kỳ trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba nào.
- Chỉ có thể nộp đơn đăng ký cho các dịch vụ chưa được giảm giá theo gói bệnh viện.
- Phải cung cấp cuống phiếu lương của ba tháng gần nhất hoặc tờ khai thuế năm gần nhất.
- Phải có tổng thu nhập hộ gia đình bằng hoặc dưới 138% mức nghèo liên bang để đủ điều kiện tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiện, hoặc tổng thu nhập hộ gia đình bằng hoặc trên 139% Mức Nghèo Liên Bang (Federal Poverty Level, FPL) để đủ điều kiện tham gia Chương Trình Thanh Toán có Giảm Giá.
- Bệnh nhân hoặc người đăng ký nhận được khoản thanh toán bảo hiểm cho các dịch vụ đã nhận phải chuyển khoản thanh toán cho Mạng Lưới Y Tế San Francisco để hội đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính.

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ:

Gửi đơn đăng ký và tài liệu xác minh thu nhập đầy đủ qua đường bưu điện. Phải nộp đơn đăng ký trong vòng một năm kể từ ngày nhận dịch vụ. Các đơn đăng ký không được hoàn thành trong hơn 30 ngày theo lịch sẽ bị đóng vì không còn hiệu lực.

Để nộp đơn đăng ký nhận Dịch vụ Bệnh Viện và phòng khám, hãy gửi đơn đăng ký và tài liệu xác minh của quý vị qua đường bưu điện đến:

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave.
Building 20, Ward 24, Room 2406 San Francisco, CA 94110

Gọi cho Phòng Trợ Cấp Tài Chính Cho Bệnh Nhân theo số (628) 206-3275 để được hỗ trợ nộp đơn đăng ký.

Các địa điểm nhận dịch vụ bệnh viện và phòng khám gồm có Bệnh Viện Đa Khoa và Trung Tâm Chấn Thương Zuckerberg San Francisco (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG), Phòng Khám Ngoại Trú Chuyên Khoa, Phòng Khám Chăm Sóc Chính trong Cộng Đồng, Bệnh Viện và Trung Tâm Phục Hồi Chức Năng Laguna Honda và Ban Sức Khỏe Dân Số của Sở Y Tế Công Cộng San Francisco (San Francisco Department of Public Health, SFDPH).

Để nộp đơn đăng ký nhận Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi, hãy gửi đơn đăng ký và các tài liệu xác minh đến:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

Gọi cho Phòng Dịch Vụ Hội Viên về Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health Services, BHS) theo số (888) 246-3333 để được hỗ trợ nộp đơn đăng ký.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ: _____ Tên: _____
Ngày Sinh: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: Số Tài khoản: _____

THÔNG TIN BỀN BẢO LÃNH (Nếu khác với bệnh nhân)

Họ: _____ Tên: _____

ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____
Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
Quốc Gia: _____ Số Điện Thoại: _____
Số Điện Thoại Di Động: _____ Email: _____

ĐỊA CHỈ TẠM TRÚ (nếu có)

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____
Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
Quốc Gia: _____ Số Điện Thoại: _____
Số Điện Thoại Di Động: _____ Email: _____

TƯ CÁCH HỘI ĐU VÀ SÁNG LỘC

Tình trạng hôn nhân của quý vị là gì? Đã Kết Độc Thân Góa Bạn Đồi Đã Ly Thân
 Hôn Đã Sống Chung
Ly Hôn

Quý vị có bảo hiểm y tế không? Có Không
**Nếu có, hãy nêu rõ tất cả:
Cung cấp (các) thẻ Bảo Hiểm.**

Quý vị có hoặc dự kiến sẽ có bất kỳ yêu cầu thanh toán nào đối với bên thứ ba không? Có Không
Nếu có, hãy nêu rõ tất cả:
Bên thứ ba chịu trách nhiệm về chấn thương, y tế, thiệt hại trong đó có thể có một khoản dàn xếp.

Quý vị có tình trạng khuyết tật dự kiến kéo dài 12 tháng không? Có Không

Quý vị có đơn xin đang chờ xét duyệt với Medi-Cal không? Có Không

Quý vị có đang mang thai vào ngày nhận dịch vụ không? Có Không Không Áp Dụng

Quy Mô Gia Đình (bản thân, vợ/chồng và con cái dưới 21 tuổi) # _____

Tổng thu nhập hàng tháng của cả gia đình tại thời điểm nộp đơn xin: \$ _____
Cung cấp chứng phiếu lương của ba tháng gần nhất hoặc tờ khai thuế năm gần nhất.

Tôi tuyên bố các câu trả lời đưa ra là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi không được bảo hiểm hoặc được bảo hiểm không đúng mức và không có bảo hiểm trách nhiệm pháp lý bên thứ ba. Tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp sẽ được xác minh. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để sàng lọc tư cách hội đủ đối với nhiều Chương Trình của Liên Bang, Tiểu Bang và Quận. Tôi hiểu rằng nếu thông tin của tôi được cho là sai, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về toàn bộ số tiền của bất kỳ khoản phí nào cho dịch vụ y tế nhận được từ Bệnh Viện Đa Khoa Zuckerberg San Franciscovà Phòng Khám Chuyên Khoa Ngoại Trú, Phòng Khám Chăm Sóc Chính của Cộng Đồng, Bệnh Viện Laguna Honda, Phòng Khám Sức Khỏe Dân Số hoặc Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi.

TÊN VIẾT IN HOA CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN:

CHỮ KÝ NGƯỜI LÀM ĐƠN:

NGÀY:

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: