

## Đơn xin hỗ trợ tài chính

Vui lòng bao gồm các bản sao hiện hành của tờ khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất của quý vị, 60 ngày gần đây nhất của bảng lương, báo cáo tài chính mới nhất chứng minh việc nắm giữ tài sản lưu động, thư phúc lợi an sinh xã hội và/hoặc thư trợ cấp thất nghiệp kèm theo đơn này. Không gửi các bản gốc.

**Chọn cơ sở:**

<input type="checkbox"/> Amery Hospital & Clinic	<input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Services
<input type="checkbox"/> HealthPartners Clinic Stillwater	Methodist Hospital
<input type="checkbox"/> HealthPartners Hospice	Methodist Hospital Homecare & Hospice
<input type="checkbox"/> HealthPartners Medical Group	Hospice
<input type="checkbox"/> Hudson Hospital & Clinic	Park Nicollet Clinic
<input type="checkbox"/> Hutchinson Health	Park Nicollet Health Care Products
<input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice	TRIA Orthopedics
<input type="checkbox"/> Lakeview Hospital	<input type="checkbox"/> Regions Hospital & Clinic
<input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic	<input type="checkbox"/> Westfields Hospital & Clinic

Họ tên		Ngày sinh	Số điện thoại nhà
Địa chỉ		Thành phố	Tiểu bang Số ZIP
Tình trạng hôn nhân (tích vào một lựa chọn)	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Góa vợ	Tên vợ chồng/bạn đời	Ngày sinh
<input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Ly thân hợp pháp			

**Người phụ thuộc đã yêu cầu hoàn thuế Liên bang của quý vị (Nếu quý vị là người phụ thuộc, xin vui lòng xem FAQ (các câu hỏi thường gặp) để biết thêm thông tin)**

Họ tên	Ngày sinh	Mối quan hệ
Họ tên	Ngày sinh	Mối quan hệ
Họ tên	Ngày sinh	Mối quan hệ

**Thông tin bảo hiểm**

Quý vị có bảo hiểm hiện tại để trang trải chi phí y tế không?  Không  Có (thông báo cho văn phòng của chúng tôi về bất kỳ thay đổi bảo hiểm nào)

Tên công ty BẢO HIỂM CHÍNH	Tên công ty BẢO HIỂM THỨ HAI
Ngày có hiệu lực	Mã nhóm
Ngày có hiệu lực	Mã nhóm
Số chính sách	Số chính sách

Tình trạng việc làm	Thông tin ngân hàng/Tài sản lưu động									
Người đăng ký (đánh dấu vào tất cả các câu phù hợp) <input type="checkbox"/> Có việc làm <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu-An sinh xã hội <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu-hưu trí <input type="checkbox"/> Hỗ trợ thu nhập <input type="checkbox"/> Không có thu nhập Vợ/chồng (chọn tất cả các câu phù hợp) <input type="checkbox"/> Có việc làm <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu-An sinh xã hội <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu-hưu trí <input type="checkbox"/> Hỗ trợ thu nhập <input type="checkbox"/> Không có thu nhập	Tài sản có tính thanh khoản bao gồm tài sản tiền mặt có thể dễ dàng chuyển đổi thành tiền mặt, chẳng hạn như tài khoản tiết kiệm và tài khoản thanh toán, cổ phiếu, trái phiếu, chứng chỉ tiền gửi, tài khoản nhân thọ/niên kim trả ngay và tài khoản thị trường tiền tệ. Quý vị có bất kỳ tài sản thanh khoản nào không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có, vui lòng liệt kê trong các trường dưới đây: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Loại tài sản</th> <th>Tên của tổ chức tài chính</th> <th>Giá trị ước tính</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Loại tài sản	Tên của tổ chức tài chính	Giá trị ước tính	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Loại tài sản	Tên của tổ chức tài chính	Giá trị ước tính								
_____	_____	_____								
_____	_____	_____								

**Thông tin thu nhập cho tất cả những người có thu nhập hộ gia đình (người nộp đơn, vợ/chồng, người quan trọng khác, v.v.)**

NGƯỜI LÀM ĐƠN		VỢ/CHỒNG		NGƯỜI QUAN TRỌNG KHÁC	
Loại	Hàng năm, Tiền lương & Giờ/Tuần	Loại	Hàng năm, Tiền lương & Giờ/Tuần	Loại	Hàng năm, Tiền lương & Giờ/Tuần
Tiền lương		Tiền lương		Tiền lương	
Thất nghiệp		Thất nghiệp		Thất nghiệp	
An ninh xã hội		An ninh xã hội		An ninh xã hội	
Lương hưu		Lương hưu		Lương hưu	
Hỗ trợ thu nhập		Hỗ trợ thu nhập		Hỗ trợ thu nhập	
Alimony		Alimony		Alimony	
Hỗ trợ trẻ em		Hỗ trợ trẻ em		Hỗ trợ trẻ em	

Thu nhập khác (giải thích):

**Đọc và ký — Cần phải có chữ ký và ghi ngày tháng để xử lý đơn đăng ký của quý vị — Quý vị có 30 ngày để hoàn thành đơn đăng ký này, nếu không thể hoàn thành đơn đăng ký này trong vòng 30 ngày, quý vị có thể đăng ký bất cứ lúc nào.**

Đối với mục đích của đơn xin hỗ trợ tài chính này, "HealthPartners" bao gồm bất kỳ bệnh viện, phòng khám hoặc địa điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc nào khác do HealthPartners liên kết, bao gồm nhưng không giới hạn:

- Tổ chức y tế:** HealthPartners Medical Group, Park Nicollet Clinic, HealthPartners Clinic Stillwater
- Bệnh viện:** Amery Hospital & Clinic (WI), Hudson Hospital & Clinic (WI), Hutchinson Health, Lakeview Hospital, Olivia Hospital & Clinic, Park Nicollet Methodist Hospital, Regions Hospital & Clinic, Westfields Hospital & Clinic (WI)
- Khác:** TRIA Orthopedics

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp phải được HealthPartners xác minh, để các cơ quan liên bang và tiểu bang xem xét, cũng như cho các chương trình khác hoặc các mục đích liên quan. Tôi cũng hiểu rằng đơn đăng ký và khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi có thể phải tuân theo các hướng dẫn cụ thể của địa điểm mà tôi đã nhận dịch vụ chăm sóc của mình.

Chữ ký	Ngày tháng
--------	------------

## Cách đăng ký chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi

---

Khi điền đơn này, điều quan trọng là quý vị cần cung cấp cho chúng tôi thông tin về bảo hiểm, mức thu nhập và tài sản hiện tại, ngay cả khi tình trạng của quý vị đã thay đổi kể từ khi quý vị chi trả hóa đơn. Điều kiện hưởng trợ giúp được căn cứ trên mức thu nhập và tài sản hiện tại của gia đình quý vị. Vui lòng gửi đơn đăng ký và xác minh thu nhập cho tổ chức thích hợp:

### **Amery Hospital & Clinic**

Patient Financial Services  
P.O. Box 9192  
Minneapolis, MN 55480-9192  
Email: amcfinancialcounseling@amerymedical.com  
Điện thoại: 715-268-8000 • Fax: 715-268-0261

### **HealthPartners Clinic Stillwater**

P.O. Box 183  
Minneapolis, MN 55480-0183  
Email: smgbusinessoffice@lakeview.org  
Điện thoại: 651-439-6528 • Fax: 651-351-0827

### **HealthPartners Medical Group - Clinics**

P.O. Box 183  
Minneapolis, MN 55480-0183  
Email: HPMGFinancialCounselor@HealthPartners.com  
Điện thoại: 651-265-1021 • Fax: 952-883-9620

### **Hudson Hospital & Clinic**

P.O. Box 1522  
Minneapolis, MN 55480-1522  
Email: pfs@hudsonhospital.org  
Điện thoại: 715-531-6200 • Fax: 715-531-6201

### **Hutchinson Health**

P.O. Box 850  
Minneapolis, MN 55480-0850  
Email: HHBillingInquiries@HutchHealth.com  
Điện thoại: 320-484-4493 • Fax: 952-883-3094

### **Lakeview Homecare & Hospice**

P.O. Box 9130  
Minneapolis, MN 55480-9130  
Email: HomecareHospiceBilling@HealthPartners.com  
Điện thoại: 651-430-8709 • Fax: 651-430-8505

### **Lakeview Hospital**

P.O. Box 9130  
Minneapolis, MN 55480-9130  
Điện thoại: 651-430-4533 • Fax: 651-430-8591

### **Olivia Hospital & Clinic**

P.O. Box 1391  
Minneapolis, MN 55480-1391  
Email: ohcbilling@HealthPartners.com  
Điện thoại 1: 320-523-3452, Điện thoại 2: 320-523-8308  
Fax: 320-523-8349

### **Park Nicollet Health Services**

P.O. Box 9131  
Minneapolis, MN 55480-9131  
Email: CustSerFinAsst@ParkNicollet.com  
Điện thoại: 952-993-7672 • Fax: 952-993-2770

### **Regions Hospital**

P.O. Box 9110  
Minneapolis, MN 55480-9110  
Email: RegionsBilling@HealthPartners.com  
Điện thoại: 651-254-4791 • Fax: 651-254-1684

### **Westfields Hospital & Clinic**

P.O. Box 9109  
Minneapolis, MN 55480-9109  
Email: WFBilling@HealthPartners.com  
Điện thoại: 715-243-2600 • Fax: 715-243-2786

## Câu hỏi thường gặp

---

- **Làm cách nào để tôi đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ tài chính?**  
Chúng tôi xem xét đơn đăng ký của quý vị, tài liệu về thu nhập và tài sản bắt buộc cũng như quy mô gia đình để xác định xem quý vị có đủ điều kiện để được giảm giá hay không. Liên hệ với chúng tôi nếu có câu hỏi.
- **Thu nhập của ai phải được bao gồm trong đơn xin hỗ trợ tài chính?**  
Nếu đã kết hôn, thu nhập của cả hai vợ chồng đều được tính vào. Cần có bằng chứng về ly thân. Nếu ai đó yêu cầu quý vị trên tờ khai hoàn thuế của họ, quý vị phải gửi thông tin thu nhập của họ.
- **Tôi có thể đăng ký hỗ trợ tài chính nếu tôi có bảo hiểm không?**  
Có, chiết khấu được áp dụng sau khi chúng tôi nhận được thanh toán từ công ty bảo hiểm của quý vị.
- **Các dịch vụ của tôi có đủ điều kiện để được chiết khấu tài chính không?**  
Không phải tất cả các dịch vụ đều đủ điều kiện cho chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi. Một số loại trừ là mỹ phẩm, tự chọn và không phải các dịch vụ cần thiết về mặt y tế. Các số dư sẽ được thanh toán bởi bảo hiểm như Medicare, Medicaid, ô tô, bồi thường cho người lao động, hoặc bảo hiểm trách nhiệm cũng được loại trừ.