



## **Các Chỉ Dẫn Làm Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh**

**Chúng tôi sẽ cung cấp sự Trợ Giúp Tài Chánh đối với các Dịch Vụ Cần Thiết Về Y Khoa cho các bệnh nhân nào hội đủ điều kiện.**

Sự trợ giúp về tài chánh sẽ được dựa trên Quy định về Nghèo Khó của Liên Bang (đã được ấn hành hàng năm trong Sổ Bộ của Liên Bang). Các bệnh nhân nào cho biết là họ không có bảo hiểm hoặc bất cứ phương cách nào khác để trả cho các dịch vụ cần thiết về y khoa có thể xin được cứu xét để được Trợ Giúp Tài Chánh.

Các bệnh nhân xin được trợ giúp tài chánh PHẢI làm đơn xin cho mọi sự trợ giúp qua các chương trình của chính phủ liên bang, tiểu bang và địa phương (như Medicaid, các Chương Trình Sức Khỏe Quận, v.v...) và cung cấp bằng chứng làm đơn xin và/hoặc sự từ chối của chương trình cho McLaren Health Care.

### **XIN GỬI LẠI CÁC TÀI LIỆU SAU ĐÂY:**

**ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH ĐÃ ĐIỂN** (các đơn xin thiếu sót sẽ không được cứu xét)

**BẰNG CHỨNG LỢI TỨC CỦA GIA ĐÌNH** (2 CUỐNG CHI PHIẾU MỚI ĐÂY NHẤT, TỜ KẾT TOÁN CỦA NGÂN HÀNG HOẶC BẰNG CHỨNG KHÁC)

**MẪU XÁC MINH LỢI TỨC** (NẾU QUÝ VỊ HIỆN KHÔNG CÓ BẤT CỨ LỢI TỨC NÀO)

**BẢN SAO GIẤY KHAI THUẾ NỘP LẦN SAU CÙNG**

**XIN LƯU Ý LÀ NẾU KHÔNG THỂ CÓ ĐƯỢC BẤT CỨ TÀI LIỆU NÀO**

McLaren Health Care có thể yêu cầu thêm các tài liệu khác về tài chánh để xử lý Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh.

### **XIN GỬI LẠI ĐƠN XIN ĐÃ ĐIỂN VÀ CÁC TÀI LIỆU HỖ TRỢ TRONG VÒNG MƯỜI BỐN (14) NGÀY ĐẾN:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315

**Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào hoặc cần giúp điền đơn xin vui lòng liên lạc:**

Ban Dịch Vụ Khách Hàng  
Dịch Vụ Tài Chánh Bệnh Nhân  
(844) 321-1557



## HEALTH CARE

### Mẫu Xác Minh Lợi Tức

Chỉ nên sử dụng mẫu này khi người làm đơn xin Trợ Giúp Tài Chính không có lợi tức .

Mọi chỗ trống trên đơn phải được điền vào để mẫu có hiệu lực.

Tên Đương Đơn:	Địa Chỉ Hiện Nay của Đương Đơn:
----------------	---------------------------------

#### Xác Minh Lợi Tức của Đương Đơn

Tôi, \_\_\_\_\_, xác nhận là tôi không có lợi tức do đi làm và không do đi làm kiếm được. Tôi cho phép McLaren Health Care được xác minh về phát biểu này. Tôi hiểu rằng nếu McLaren Health Care phát hiện được là tôi có lợi tức do đi làm hoặc không do đi làm kiếm được, tôi sẽ bị bắt hợp lệ không được trợ giúp về tài chính.

Tôi hiện đang được hỗ trợ bởi (liệt kê việc quý vị đáp ứng cho các chi tiêu cơ bản, thực phẩm, quần áo, nơi tạm dung, như thế nào, bao gồm tên của tất cả những người cung cấp sự hỗ trợ):

---

---

---

---

Tôi hiểu rằng một đại diện từ McLaren Health Care có thể liên lạc với những cá nhân nêu trên để xác minh thông tin đã được cung cấp.

#### Chữ ký

Chữ Ký Của Đương Đơn: \_\_\_\_\_

Tên Viết Chữ In: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic
- Hospital Northern Michigan Regional Hospital
- Khác \_\_\_\_\_

### Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính

Tổng Số Tiền Còn Nợ \_\_\_\_\_ Tài khoản # \_\_\_\_\_

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ NGÀY SINH \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Nhà \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Zip \_\_\_\_\_

Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Điện thoại khác \_\_\_\_\_

Tên Nhóm Chịu Trách Nhiệm (Người Bảo Đảm) \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ NGÀY SINH \_\_\_\_\_

Hãng sở \_\_\_\_\_ Điện thoại sở làm \_\_\_\_\_

Xin Đánh Dấu Vào Một:  Hiện Đang Làm Việc  Tự Minh Làm Chủ  Thất Nghiệp  Đã Về Hưu  Bị Khuyết Tật

Nếu hiện đang làm việc - quý vị làm việc:  Toàn thời gian  Bán thời gian  Thỉnh thoảng # số giờ/tuần trung bình \_\_\_\_\_

Tên người phối ngẫu \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ NGÀY SINH \_\_\_\_\_

Hãng sở của người phối ngẫu \_\_\_\_\_

Xin Đánh Dấu Vào Một:  Hiện Đang Làm Việc  Tự Minh Làm Chủ  Thất Nghiệp  Đã Về Hưu  Bị Khuyết Tật

Nếu hiện đang làm việc - quý vị làm việc:  Toàn thời gian  Bán thời gian  Thỉnh thoảng # số giờ/tuần trung bình \_\_\_\_\_

Tên và Tuổi của những người thuộc quyền (bao gồm bản thân & người phối ngẫu) \_\_\_\_\_

### Các trương mục tiết kiệm (CD, Thị trường tiền tệ, IRA), Chi Dụng và Nghiệp Đoàn Tín Dụng

Tên Ngân Hàng	Thành phố	Loại Tài Khoản	Số Tồn Khoản

Quý vị có sở hữu căn nhà của mình không?  Có  Không Nếu Có, liệt kê dưới đây.

Quý vị có sở hữu bất cứ tài sản nào khác không? Xe cộ, xe RV, tài sản địa ốc khác  Có  Không, Nếu Có, liệt kê dưới đây.

### TÀI SẢN

Tài sản - Nhà, Xe cộ, v.v...	Giá Trị Thị Trường	Số tiền vay còn nợ

**THU NHẬP VÀ CHI TIÊU HÀNG THÁNG CỦA GIA ĐÌNH**

Mục thu nhập	Số tiền (Hàng Tháng)	Mục Chi Tiêu	Số tiền (Hàng Tháng)
Tổng số lương gộp của cả gia đình		Thuê nhà/Nợ thế chấp	
An Sinh Xã Hội		Thuế tài sản	
Thu Nhập Từ Tiền Lãi		Xe hơi	
Lợi Tức Do Cho Thuê		Bảo hiểm: Các sở hữu chủ căn nhà	
Cấp dưỡng		Bảo hiểm: Xe hơi	
Trợ Cấp Nuôi Con		Bảo hiểm: Sức khoẻ	
Hưu bổng		Bảo hiểm: Nhân Thọ	
Trợ giúp tổng quát		Tiện ích	
Thất nghiệp		Đồ chợ	
Trợ Giúp của tiểu bang/liên bang		Xăng	
Các khoản tiền đóng góp từ những người khác		Y tế	
Thu nhập do các hợp đồng về đất đai		Cấp Dưỡng/Nuôi Con	
Đền bù tai nạn nghề nghiệp		Khác	
Các khoản trợ cấp cho gia đình quân đội		Khác	
Điều khác (xin định rõ)		Khác	

**CÁC KHOẢN VAY TRẢ DẪN VÀ THẺ TÍN DỤNG**

Chủ nợ	Khoản tiền còn nợ	Tiền trả hàng tháng

Tổng thu nhập	Tổng chi tiêu

Xin đính kèm bất cứ chi tiết về nào khác về thu nhập và các Khoản Chi Tiêu của quý vị có thể có liên quan tới đơn xin của quý vị.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cho phép Health Care Corporation (MHCC) và các chi nhánh xác nhận về sự đầy đủ và chính xác của bất cứ thông tin nào. Tôi cho phép thêm là thông tin đó sẽ sẵn có để tiết lộ cho MHCC và các chi nhánh của họ. Tôi hiểu rằng là một cơ sở từ thiện, MHCC có thể giảm giá hoặc chăm sóc miễn phí cho tôi. Tôi hiểu thêm rằng có thể cần lấy báo cáo tín dụng cá nhân trong tiến trình thực hiện quyết định.

Chữ Ký của Bệnh nhân hoặc Nhóm Chịu Trách Nhiệm \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ Ký của Người phối ngẫu \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Sự chấp thuận có hiệu lực trong sáu tháng, theo đó thông tin được cập nhật sẽ cần có cho bất cứ dịch vụ nào sau này. Các sắp xếp về trả tiền như đã được đồng ý phải được thực hiện cho bất cứ khoản tiền nào còn nợ và có thể được đánh giá lại theo sự tùy tiện của MHCC.

CHẤP THUẬN  TỪ CHỐI

CHỮ KÝ ĐƯỢC PHÉP

NGÀY

LÝ DO CHO SỰ TỪ CHỐI: