

## Đơn Đề Nghị Trợ

## Giúp Tài Chính



### Kính gửi bệnh nhân

**QUAN TRỌNG - QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ:** Việc hoàn tất mẫu đơn đề nghị này sẽ giúp SSM Health xác định xem quý vị có thể được nhận các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá không hay các chương trình cộng đồng khác có thể giúp quý vị thanh toán phí chăm sóc sức khỏe của mình. Vui lòng nộp lại đơn đề nghị này cho bệnh viện.

**NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM, KHÔNG YÊU CẦU PHẢI CÓ SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ.** Tuy nhiên, cần phải có Số An Sinh Xã Hội đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Không yêu cầu phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội nhưng điều này sẽ giúp bệnh viện xác định xem quý vị có đủ điều kiện được tham gia bất kỳ chương trình công cộng nào không.

Vui lòng điền đầy đủ mẫu đơn này và gửi lại cho bệnh viện bằng hình thức trực tiếp, qua đường bưu điện, bằng thư điện tử, hoặc chuyển fax để nộp đơn đề nghị chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện hoặc nhận dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Bệnh nhân công nhận rằng mình đã cố gắng một cách có thiện ý cung cấp mọi thông tin yêu cầu trong đơn đề nghị để hỗ trợ bệnh viện xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện được trợ giúp tài chính không.

### DANH MỤC KIỂM TRA:

- Điền đầy đủ và ký tên đơn đề nghị
- Hồ sơ khai thuế liên bang được nộp gần đây nhất (hoặc thư không nộp hồ sơ)
- Bảng sao kê ngân hàng chi tiết ba tháng gần nhất (tài khoản vãng lai và tài khoản tiết kiệm)
- Xác minh tổng thu nhập hai tháng gần nhất (tất cả các thành viên trong hộ gia đình)

**Vui lòng lưu ý:** SSM Health sẽ không thể xác định được điều kiện hội đủ nếu không có đầy đủ hồ sơ thích hợp. Xin hãy đảm bảo rằng quý vị tập hợp được mọi hồ sơ yêu cầu. Nếu không gửi tất cả các hồ sơ yêu cầu, quy trình xử lý đơn đề nghị của quý vị sẽ bị chậm trễ.

Vui lòng gửi các bản sao hồ sơ còn nguyên và không đóng ghim. SSM không thể trả bộ hồ sơ gốc đang được xem xét trợ giúp tài chính.

Bệnh nhân được xem là đủ điều kiện được Trợ Giúp Có Cơ Sở vẫn phải điền đầy đủ mẫu đơn đề nghị này.

Nếu quý vị cần giúp điền đơn đề nghị hoặc có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ phòng Dịch Vụ Khách Hàng SSM Health theo số **(855) 989-6789**.



**Bảng đường bưu điện**  
**SSM Health: Patient Business Services**  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 28205  
St. Louis, MO 63132



**Chuyển Fax**  
(314) 989-6734



**Bảng Email**  
financialaid@ssmhc.com

**ILLINOIS**

- Trung Tâm Sức Khỏe Khu Vực Good Samaritar (Mt. Vernon)
- Bệnh viện St. Mary's (Centralia)

**MISSOURI**

- Bệnh Viện và Dịch Vụ Y Tế St. Francis
- Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Audrain
- Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Thành phố Jefferson
- Trung Tâm Y Tế Nhi Đồng SSM Cardinal Glennon
- Trung Tâm Y Tế SSM DePaul

**MISSOURI**

- Trung Tâm Y Tế SSM St. Clare
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph - Wentzville
- SSM St. Joseph Hospital West
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Mary's

**OKLAHOMA**

- Bệnh viện Xương & Khớp St. Anthony
- Bệnh viện St. Anthony
- Bệnh viện St. Anthony Shawnee

**WISCONSIN**

- Bệnh viện St. Clare
- Bệnh viện St. Mary's (Madison)
- Bệnh viện St. Mary's Janesville

 ID Người bảo lãnh: \_\_\_\_\_  
 (phần dành cho văn phòng)

**Để tránh trường hợp đơn đề nghị của quý vị bị xử lý chậm trễ, vui lòng điền đầy đủ TẤT CẢ các chỗ trống thích hợp.**
**THÔNG TIN BỆNH NHÂN**

Tên của bệnh nhân:		Ngày sinh	Số điện thoại	Số tài khoản của bệnh nhân	
Địa chỉ đường hiện tại:		Căn hộ số	Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip	<input type="checkbox"/> Thuê <input type="checkbox"/> Sở hữu	Sống với cha mẹ/khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu "Có", bảng trình bày của người hỗ trợ sẽ được gửi đến bệnh nhân qua đường bưu điện để hoàn tất
Số An Sinh Xã Hội:		Tình trạng hôn nhân	Quy mô gia đình: (Điền đầy đủ Phần Gia Đình dưới đây)	Được bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có nộp đơn đề nghị Medicaid: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vui lòng bao gồm thư xác định
Làm việc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chủ lao động:		Số năm làm việc?	Nếu không làm việc, tên của chủ lao động cuối cùng và ngày tháng làm việc:	

**THÔNG TIN CỦA BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM (NẾU KHÁC VỚI BỆNH NHÂN)**

Tên của người bảo lãnh:		Ngày sinh	Số điện thoại	Số tài khoản của bệnh nhân	
Địa chỉ đường hiện tại:		Căn hộ số	Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip	<input type="checkbox"/> Thuê <input type="checkbox"/> Sở hữu	Sống với cha mẹ/khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu "Có", bảng trình bày của người hỗ trợ sẽ được gửi đến bệnh nhân qua đường bưu điện để hoàn tất
Số An Sinh Xã Hội:		Tình trạng hôn nhân	Quy mô gia đình (Điền đầy đủ Phần Gia Đình dưới đây):	Được bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có nộp đơn đề nghị Medicaid: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Vui lòng bao gồm thư xác định
Làm việc: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chủ lao động:		Số năm làm việc?	Nếu không làm việc, tên của chủ lao động cuối cùng và ngày tháng làm việc:	

**THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH**

Vui lòng đính kèm một bảng riêng cho các thành viên gia đình khác, bao gồm tất cả các hồ sơ yêu cầu.

Họ	Tên	Mối quan hệ	Ngày sinh	Làm việc? (cung cấp hồ sơ)	Học sinh toàn thời gian? (cung cấp hồ sơ)	Thu nhập hàng tháng (cung cấp hồ sơ)	Người phụ thuộc? (cung cấp hồ sơ)	Tình trạng pháp lý
		<b>BẢN THÂN</b>		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?			<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Chủ lao động:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Visa học sinh?		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Cư dân hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có hồ sơ

 Vui lòng cung cấp bằng chứng về thu nhập tổng cộng cho những mục sau đây (bao gồm nhưng không giới hạn): tiền lương, an sinh xã hội (thư thông báo trợ giúp), lương hưu, bồi thường thất nghiệp/của người lao động, trợ cấp ly hôn/nuôi con, trợ cấp chính phủ, khoản tiền khuyến tạt, trợ cấp đình công, học bổng/trợ cấp, cổ tức/tiền lãi, thu nhập cho thuê, tiền mặt từ dịch vụ, v.v. Học sinh quốc tế cần nộp visa học sinh và lịch học hiện tại. **Bảng sao kê ngân hàng không phải là bản xác minh/bảng chứng thu nhập.**
**Vui lòng lưu ý:** Tùy theo trường hợp đơn đề nghị của quý vị, chúng tôi có thể yêu cầu thêm hồ sơ khác (bao gồm, nhưng không giới hạn: hóa đơn gia đình, hóa đơn y tế, Tờ khai Thu nhập/Người hỗ trợ, báo cáo tín dụng, và bằng chứng hỗ trợ nhu cầu tài chính khác).

**ILLINOIS**

- 
- Trung Tâm Sức Khỏe Khu Vực Good Samaritan (Mt. Vernon)
- 
- 
- Bệnh viện St. Mary's (Centralia)

**MISSOURI**

- 
- Bệnh Viện và Dịch Vụ Y Tế St. Francis
- 
- 
- Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Audrain
- 
- 
- Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Thành phố Jefferson
- 
- 
- Trung Tâm Y Tế Nhi Đồng SSM Cardinal Glennon
- 
- 
- Trung Tâm Y Tế SSM DePaul

**MISSOURI**

- 
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Clare
- 
- 
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph
- 
- 
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph - Wentzville
- 
- 
- SSM St. Joseph Hospital West
- 
- 
- Trung Tâm Y Tế SSM St. Mary's

**OKLAHOMA**

- 
- Bệnh viện Xương & Khớp St. Anthony
- 
- 
- Bệnh viện St. Anthony
- 
- 
- Bệnh viện St. Anthony Shawnee

**WISCONSIN**

- 
- Bệnh viện St. Clare
- 
- 
- Bệnh viện St. Mary's (Madison)
- 
- 
- Bệnh viện St. Mary's Janesville

 ID Người bảo lãnh: \_\_\_\_\_  
 (phần dành cho văn phòng)

**TÀI SẢN GIA ĐÌNH**

Tên của thành viên gia đình	(Các) tài khoản vãng lai Tên ngân hàng	Số tài khoản và số dư	(Các) tài khoản tiết kiệm Tên ngân hàng	Số tài khoản và số dư	Khác (IRA, CD, v.v.)	Số dư
Tên của thành viên gia đình	Tài khoản tiết kiệm sức khỏe/Chi trả linh hoạt (giá trị)	Phương tiện (Năm sản xuất/Nhãn hiệu/Kiểu dáng)	Phương tiện Giá trị	Bất động sản (Nhà ở chính, tiền thuê, v.v.)	Bất động sản Giá trị	Khác/giá trị

Đính kèm thêm tờ rời thông tin tài sản bổ sung, bao gồm tất cả các hồ sơ yêu cầu.

**TRÁCH NHIỆM GIA ĐÌNH**

Chi phí	Hàng tháng	Số dư đến hạn
Nhà ở		
Tiện ích		
Thực phẩm		
Chuyên chở		
Chăm sóc trẻ		
Tiền vay		
Chi phí y tế		
Các chi phí khác (Liệt kê)		
Khác:		

 Đính kèm thêm tờ rời về thông tin trách nhiệm khác. **\*\*Bệnh nhân được chăm sóc chỉ tại các bệnh viện ở Illinois: Nếu bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn điều kiện hội đủ có cơ sở như được trình bày trong 77 ILAC 4500.40 hoặc đủ điều kiện một cách có cơ sở do thu nhập gia đình, thì bệnh nhân không cần phải điền phần này trong đơn đề nghị\*\***
**BỆNH NHÂN ĐỒNG Ý**

Tôi chứng nhận rằng thông tin trong đơn đề nghị này là đúng và chính xác với tất cả sự hiểu biết của mình. Tôi sẽ nộp đơn đề nghị trợ giúp của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp thanh toán hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng thông tin cung cấp có thể được bệnh viện kiểm tra, và tôi ủy quyền cho bệnh viện liên lạc với các bên thứ ba để xác minh tính chính xác của những thông tin cung cấp trong đơn đề nghị này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin không chính xác trong đơn đề nghị này, tôi sẽ không đủ điều kiện được trợ giúp tài chính, bất kỳ khoản trợ giúp tài chính nào đã được chấp thuận cho tôi có thể bị hủy bỏ, và tôi sẽ chịu trách nhiệm về việc thanh toán hóa đơn bệnh viện.

Chữ ký của bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của bên có trách nhiệm hoặc của vợ/chồng

Ngày

## Tóm Tắt Trợ Giúp Tài Chính

SSM Health cam kết trợ giúp tài chính cho những người không có bảo hiểm, bảo hiểm dưới mức, không đủ điều kiện được hưởng chương trình chính phủ, hoặc không thể thanh toán để chăm sóc cần thiết về mặt y học. SSM Health sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc những chứng bệnh cấp cứu cho các cá nhân bất kể khả năng thanh toán của họ là gì.

Trợ giúp tài chính được cung cấp theo thang đối chiếu. Nhu cầu tài chính của mỗi người nộp đơn được dựa trên Mức Nghèo Khó Liên Bang, bao gồm thu nhập và số người trong gia đình. Nhu cầu tài chính không xem xét đến độ tuổi, giới tính, chủng tộc, tình trạng xã hội hoặc nhập cư, định hướng tình dục hoặc liên kết tôn giáo. SSM Health hạn chế số tiền được tính đối với dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cần thiết về mặt y học được cung cấp cho những bệnh nhân nào đủ điều kiện được trợ giúp tài chính theo chính sách này đến mức không cao hơn chi phí tổng cộng chăm sóc được nhân với tỷ lệ AGB.

**Nộp đơn đề nghị trợ giúp tài chính**, quý vị phải điền đầy đủ đơn Đề Nghị Trợ Giúp Tài Chính. Gọi đến **(855) 989-6789** hoặc truy cập **ssmhealth.com/financialaid** để nhận đơn đề nghị miễn phí. Hồ sơ sau đây phải được gửi kèm theo đơn đề nghị của quý vị:

- Bảng kê tài khoản vãng lai & tài khoản tiết kiệm (ba tháng gần nhất)
- Xác minh thu nhập (hai tháng gần nhất)
- Bảng khai thuế liên bang hoặc thư không nộp hồ sơ năm ngoái

Những bệnh nhân không có bảo hiểm tự động nhận được khoản giảm giá hóa đơn của mình. Điều này sẽ được ghi chú trong bảng kê thanh toán của quý vị. Và sẽ không làm quý vị bị mất điều kiện hội đủ được trợ giúp tài chính. Đối với những bệnh nhân không được bảo hiểm, trợ giúp tài chính được áp dụng sau khi giảm giá.

Những bệnh nhân không được bao trả đủ cũng có thể đủ điều kiện được trợ giúp.

Các Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính của chúng tôi có thể giúp xác định điều kiện hội đủ trợ giúp tài chính của quý vị. Nếu có thể, họ có thể giúp quý vị nộp đơn đề nghị Medicaid hoặc đề ra kế hoạch thanh toán.

Bệnh nhân cần phối hợp với quy trình Nộp Đơn Đề Nghị Trợ Giúp Tài Chính của SSM Health. Điều kiện hội đủ để được trợ giúp tài chính có thể bị hạn chế đối với những cư dân trong khu vực dịch vụ chính các địa điểm chăm sóc của SSM Health. Trong trường hợp bệnh nhân có vẻ như đủ điều kiện được trợ giúp tài chính, nhưng không có bằng chứng, SSM Health có thể sử dụng các cơ quan bên ngoài để xác định điều kiện hội đủ.

Bản dịch Chính Sách Trợ Giúp Tài Chính, chính sách Thanh Toán và Thu Tiền, Tóm Tắt Ngôn Ngữ Đơn Giản, và Đơn Đề Nghị Trợ Giúp Tài Chính có ở các ngôn ngữ sau đây tại **ssmhealth.com/financialaid**: Tiếng Tây Ban Nha, tiếng Đức, tiếng Hoa, tiếng Việt, tiếng Pháp, tiếng Serbo-Croatia, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng A-rập, tiếng Hmong, tiếng Lào

**Một bản Chính Sách Thanh Toán và Thu Tiền của chúng tôi được cung cấp miễn phí khi có yêu cầu. Bản này trình bày các hành động mà SSM Health có thể thực hiện trong trường hợp không thanh toán.**

SSM Health có thể xét duyệt tiêu chuẩn xác định điều kiện hội đủ để được trợ giúp tài chính vào bất kỳ lúc nào.

Nộp đơn đề nghị và tất cả hồ sơ yêu cầu bằng đường bưu điện, email, chuyển fax hoặc trực tiếp. SSM Health đảm bảo hiểu rõ tính nhạy cảm của thông tin cá nhân của quý vị và cố gắng bảo vệ sự riêng tư của quý vị.



### Qua đường bưu điện

**SSM Health: Patient Business Services**  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 28205  
St. Louis, MO 63132



### Chuyển Fax

(314) 989-6734



### Bằng Email

financialaid@ssmhc.com

## Trực tiếp

Vui lòng đến gặp Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính tại Cơ Sở mà quý vị nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Địa chỉ được trình bày dưới đây.

### Wisconsin

**Bệnh viện St. Clare**  
707 14<sup>th</sup> St.  
Baraboo, WI 53913

**Bệnh viện St. Mary's**  
700 S. Park St.  
Madison, WI 53715

**Bệnh viện St. Mary's Janesville**  
3400 E. Racine St.  
Janesville, WI 53546

### Illinois

**Bệnh viện St. Mary's - Centralia**  
400 N. Pleasant Ave  
Centralia, IL 62801

**Trung Tâm Y Tế Khu Vực Good Samaritan - Mount Vernon**  
1 Good Samaritan Way  
Mount Vernon, IL 62864

### Missouri

**Trung Tâm Y Tế Nhi Đồng SSM Cardinal Glennon**  
145 S. Grand Blvd.  
St. Louis, MO 63104

**Trung Tâm Y Tế SSM DePaul**  
12303 DePaul Dr.  
St. Louis, MO 63044

**Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph**  
300 First Capitol Drive  
St. Charles, MO 63301

**Trung Tâm Y Tế SSM St. Joseph – Wentzville**  
500 Medical Drive  
Wentzville, MO 63385

**SSM St. Joseph Hospital West**  
100 Medical Plaza  
Lake Saint Louis, MO 63367

### Missouri

**Trung Tâm Y Tế SSM St. Mary's**  
6420 Clayton Rd.  
Richmond Heights, MO 63117

**Trung Tâm Y Tế SSM St. Clare**  
1015 Bowles Ave.  
Fenton, MO 63026

**Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Thành phố Jefferson**  
2505 Mission Dr.  
Jefferson City, MO 65109

**Bệnh viện SSM Health St. Mary's - Audrain**  
620 E. Monroe  
Mexico, MO 65265

**Bệnh Viện và Dịch Vụ Y Tế St. Francis**  
2016 South Main Street  
Maryville, MO 64468

### Oklahoma

**Bệnh viện Xương & Khớp St. Anthony**  
1111 N. Dewey Ave.  
Oklahoma City, OK 73103

**Bệnh viện St. Anthony**  
1000 N. Lee  
Oklahoma City, OK 73102

**Bệnh viện St. Anthony Shawnee**  
1102 W. Macarthur St.  
Shawnee, OK 74804