

Kính gửi Quý Bệnh nhân,

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn Hawaii'i Pacific Health cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Chương trình Hỗ trợ Tài chính hỗ trợ bệnh nhân và gia đình họ thanh toán các hóa đơn y tế cho các dịch vụ được cung cấp tại các cơ sở của chúng tôi hay bởi bác sĩ của Hawaii'i Pacific Health.

Cư dân tiểu bang Hawaii'i nhận các dịch vụ y tế cần thiết hoặc cư dân nơi khác được chăm sóc cấp cứu có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính dựa trên các tiêu chí sau:

- Thu nhập gia đình trong khoảng hoặc dưới 400 phần trăm Hướng dẫn Mức Nghèo của Liên bang (FPG) hiện tại đối với tiểu bang Hawaii'i.
- Nếu thu nhập gia đình vượt quá ngưỡng 400 phần trăm, quý vị có thể được coi là y tế bản cùng và đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính nếu số dư của bệnh nhân vượt quá 15 phần trăm tổng thu nhập gia đình và tài sản lưu động. Quý vị sẽ phải kê khai tất cả các mẫu thu nhập và tài sản.
- Quý vị phải nộp Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đã điền cho Hawaii'i Pacific Health và phối hợp với Hawaii'i Pacific Health để đảm bảo nguồn cấp vốn bên thứ ba.

Để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, vui lòng điền vào mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đính kèm và nộp nó cùng với các bản sao tài liệu hỗ trợ yêu cầu được nêu trong danh sách kiểm tra đính kèm.

Gửi Đơn xin Hỗ trợ Tài chính đã điền và tài liệu hỗ trợ yêu cầu đến:

Hawaii'i Pacific Health
Người nhận: Nhóm Hỗ trợ Tài chính
888 S. King Street, Tube 31
Honolulu, HI 96813

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với văn phòng Dịch vụ Khách hàng tại O'ahu theo số 522-4013, tại Kaua'i 245-1119, hoặc số miễn cước 1-866-266-3935.

Trân trọng,

Tên
Phòng ban

Đính kèm

Danh mục Kiểm tra Tài liệu - Hỗ trợ Tài chính

Đơn của quý vị phải bao gồm bản sao bất kỳ tài liệu nào sau đây tùy trường hợp của quý vị. Vui lòng đính kèm bản sao, không phải bản gốc, vì sẽ không sao chép hoặc gửi lại chúng. Nếu thiếu bất kỳ tài liệu nào, thì quá trình xử lý đơn của quý vị sẽ bị chậm.

Vui lòng cung cấp thông tin TẤT CẢ thành viên gia đình được liệt kê trong Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính. Thành viên gia đình là người có liên quan theo ngày sinh, hôn nhân, hoặc nuôi dưỡng và sống cùng nhau.

- Chứng minh thu nhập
 - Tiền lương (Lương)
 - Phiếu lương ba tháng gần nhất
 - Mẫu W2 gần nhất
 - Làm việc tự do
 - Mẫu thuế GE
 - Phụ lục C và/hoặc báo cáo lãi lỗ
 - An sinh Xã hội
 - Mẫu 1099
 - Thư đồng ý trợ cấp hoặc sao kê ngân hàng xác nhận tiền gửi từ Bộ Ngân khố Hoa Kỳ
 - Thất nghiệp
 - Thư "Quyết định Tình trạng được Bảo hiểm"
 - Nếu không thể xin được thư, thì đính kèm Mẫu Chứng minh Thu nhập (F3) do CÁ quý vị và văn phòng Thất nghiệp điền vào.
 - Tiền lương của Công nhân
 - Phiếu lương ba tháng gần nhất
 - Thư đồng ý trợ cấp
 - Lương hưu/Hưu trí
 - Phiếu lương hoặc bảng kê thể hiện trợ cấp hàng tháng
 - Trợ cấp cựu chiến binh
 - Phiếu lương hoặc bảng kê thể hiện trợ cấp hàng tháng
 - Tiền thuê/Bất động sản
 - Phụ lục E
 - Hỗ trợ Con cái
 - Thư đồng ý trợ cấp hoặc tài liệu của Tòa án cho thấy số tiền thu nhập
 - Hỗ trợ Tài chính (Phúc lợi)
 - Thư đồng ý trợ cấp hoặc tài liệu cho thấy số tiền thu nhập
- Bảo sao mẫu thuế gần nhất đã điền đầy đủ của quý vị
 - Phải bao gồm các tài liệu hỗ trợ đối với CÁ mẫu thu nhập từ tiền lương và ngoài tiền lương 1099
- Điền vào mẫu 4506-T (Yêu cầu Bảng kê Tờ khai Thuế) <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- Nếu nhận hỗ trợ từ một thành viên gia đình hoặc bạn bè, CÁ quý vị và người hỗ trợ sẽ cần phải điền vào Mẫu Tờ khai Hỗ trợ hoặc Cư trú (F2).
- Tài liệu chứng minh phê duyệt hoặc từ chối điều kiện tham gia Medicaid và/hoặc Quest.
- Nếu quý vị không có bất kỳ mục nào nêu trên, vui lòng cung cấp tờ khai có chữ ký giải thích tại sao quý vị không nộp các mục đó.
- Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của Hawaii'i Pacific Health đã điền và ký tên

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH (F1)

MỤC MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN (VUI LÒNG VIẾT IN)			
Tên (Họ, Tên, Tên đệm)	Ngày sinh	Số Tài khoản	(Các) Ngày Dịch vụ

MỤC HAI: NGƯỜI PHỤ TRÁCH HÓA ĐƠN/THÔNG TIN NGƯỜI BẢO LÃNH (VUI LÒNG VIẾT IN)				
Tên (Họ, Tên, Tên đệm)			Ngày sinh	Số An sinh Xã hội
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Điện thoại Chính
Tình trạng Hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Khác:		Quý vị có nộp Tờ khai Thuế Liên bang hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, tại sao?		Điện thoại Thứ hai

MỤC BA: THÔNG TIN GIA ĐÌNH (Liệt kê tất cả thành viên gia đình sống trong hộ gia đình của quý vị) Vui lòng tiếp tục tại mặt sau nếu cần thêm khoảng trống				
Tên Thành viên Gia đình	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Người này có được liệt kê trên Tờ khai Thuế Liên bang hay không?
1.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6.				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

MỤC BỐN: CHI PHÍ (Liệt kê chi phí hàng tháng cho tất cả thành viên gia đình)		
Tiền thuê: \$	Thế chấp: \$	Tổng Chi phí Khác: \$

MỤC NĂM: TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG (Liệt kê thu nhập cho tất cả thành viên gia đình trước thuế)			
Tiền lương (Lương)	Tiền lương của Công nhân	Tiền thuê/Bất động sản	Thu nhập Khác
An sinh Xã hội	Lương hưu/Hưu trí	Hỗ trợ Con cái	Nguồn:
Thất nghiệp	Trợ cấp Cựu chiến binh	Hỗ trợ Tài chính (Phúc lợi)	Số tiền:

Tôi hiểu rằng Hawaii Pacific Health có thể xác minh thông tin tài chính trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này khi đánh giá đơn của Hawaii Pacific Health, và bằng chữ ký của tôi sau đây ủy quyền cho chủ lao động hoặc bất kỳ người nào được liệt kê trong đơn này xác thực hoặc cung cấp thêm chi tiết liên quan đến thông tin được cung cấp trong đơn này. Tôi xác thực rằng các tuyên bố đưa ra trong đơn này là đúng, chính xác, theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi, và được đưa ra một cách trung thực. Tôi hiểu rằng có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính nếu giả mạo hoặc xuyên tạc thông tin trên đơn này.

Tôi cũng hiểu rằng một số bác sĩ và nhà cung cấp không phải là nhân viên của Hawaii Pacific Health. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận hóa đơn riêng từ các nhà cung cấp đó và đơn xin hỗ trợ tài chính này không áp dụng đối với các số dư tồn đọng đó.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người bảo lãnh

Ngày

Tên Viết In

Mối quan hệ với Bệnh nhân

Mẫu Tờ khai Hỗ trợ và/hoặc Cư trú (F2) dành cho Bệnh nhân Nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Nếu quý vị đang nhận bất kỳ loại hỗ trợ nào, chúng tôi sẽ cần cả quý vị và (những) người hỗ trợ điền vào mẫu này. Nếu quý vị đang nhận hỗ trợ từ nhiều người, từng người hỗ trợ sẽ cần điền vào "Phần B" của mẫu này.

Phần A: Cho bệnh nhân/người bảo lãnh điền vào:

Tôi, _____, tuyên bố rằng tôi đang sống tại
(Tên Bệnh nhân/Người bảo lãnh)

(Địa chỉ)

Tôi được hỗ trợ bởi _____ (Quan hệ)
(Tên Người hỗ trợ)

(Những) Người hỗ trợ đã Cung cấp như sau: (Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Nhà ở Thực phẩm Tiền Chi phí hàng ngày khác

Chữ ký Bệnh nhân/Người bảo lãnh

Ngày

Phần B I: Dành cho người hỗ trợ điền vào:

Tôi, _____, tuyên bố rằng tôi đang cung cấp cho
(Tên Người hỗ trợ)

_____, như sau:
(Tên Bệnh nhân/Người bảo lãnh)

(Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Nhà ở Thực phẩm Tiền Chi phí hàng ngày khác

Nếu là tiền, tổng số tiền cung cấp:

(Tháng này)

(Số tiền)

(Tháng trước)

(Số tiền)

(Hai tháng trước)

(Số tiền)

Chữ ký Người hỗ trợ

Ngày

Phần B II: Dành cho người hỗ trợ điền vào:

Tôi, _____, tuyên bố rằng tôi đang cung cấp cho
(Tên Người hỗ trợ)

_____, như sau:
(Tên Bệnh nhân/Người bảo lãnh)

(Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Nhà ở Thực phẩm Tiền Chi phí hàng ngày khác

Nếu là tiền, tổng số tiền cung cấp:

_____ (Tháng này) _____ (Số tiền)

_____ (Tháng trước) _____ (Số tiền)

_____ (Hai tháng trước) _____ (Số tiền)

Chữ ký Người hỗ trợ

Ngày

Phần B III: Dành cho người hỗ trợ điền vào:

Tôi, _____, tuyên bố rằng tôi đang cung cấp
(Tên Người hỗ trợ)

_____, như sau:
(Tên Bệnh nhân/Người bảo lãnh)

(Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp)

Nhà ở Thực phẩm Tiền Chi phí hàng ngày khác

Nếu là tiền, tổng số tiền cung cấp:

_____ (Tháng này) _____ (Số tiền)

_____ (Tháng trước) _____ (Số tiền)

_____ (Hai tháng trước) _____ (Số tiền)

Chữ ký Người hỗ trợ

Ngày

Mẫu Chứng minh Thu nhập Thất nghiệp (F3) dành cho Bệnh nhân Nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Nếu quý vị đang nhận trợ cấp thất nghiệp, cần điền vào mẫu này để xác định điều kiện tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính. Vui lòng điền vào Phần A của mẫu này và cho người đại diện được ủy quyền tại Văn phòng Thất nghiệp điền vào Phần B.

Phần A: Dành cho người nhận trợ cấp thất nghiệp

Tên: _____

Số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ: _____

Số Điện thoại: _____

Tôi sau đây ủy quyền cho Bộ Lao động & Quan hệ Công nghiệp, Cơ quan Bảo hiểm Thất nghiệp cung cấp thông tin liên quan đến trợ cấp thất nghiệp. Chỉ sử dụng thông tin này để xác định điều kiện tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Hawaii Pacific Health.

Chữ ký của người nhận trợ cấp thất nghiệp

Ngày

Phần B: Dành cho đại diện Tiểu bang _____ điền vào

Bộ Lao động & Quan hệ Công nghiệp, Cơ quan Hỗ trợ Thất nghiệp.

Thông tin Trợ cấp Thất nghiệp

Số tiền Trợ cấp Hàng tuần: _____

Trợ cấp tối đa được hưởng: _____

Năm bắt đầu trợ cấp: _____

Năm kết thúc trợ cấp: _____

Tên Viết In: _____

Chức danh: _____

Số Liên hệ: _____

Chữ ký đại diện

Ngày