

## Hỗ trợ Tài chính

Sanford Health chuyên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cho bệnh nhân của chúng tôi. Chúng tôi nhận thấy rằng việc thanh toán các dịch vụ đó có thể là một khó khăn về tài chính cho quý vị vào thời điểm này. Vì vậy, chúng tôi cung cấp cho quý vị cơ hội để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính với hệ thống y tế của chúng tôi.

Quý vị sẽ nhận được mẫu đơn chứng minh tình hình tài chính được gửi kèm cùng thư này. Quý vị phải điền đầy đủ tờ đơn này để được xem xét cho chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi. Nếu tình hình tài chính của quý vị phù hợp các tiêu chí do Sanford Health đặt ra, thì một phần hoặc toàn bộ số tiền chưa thanh toán của quý vị có thể được miễn trừ.

**Ngoài mẫu đơn được điền đầy đủ, quý vị vui lòng cung cấp thêm các giấy tờ sau:**

- **Bản sao tờ khai thuế Liên bang 1040 gần đây nhất của quý vị, bao gồm tất cả các phụ lục áp dụng HOẶC Bằng chứng không nộp tờ khai từ IRS (vào trang web của IRS [www.irs.gov](http://www.irs.gov))**

**VÀ MỘT TRONG CÁC GIẤY TỜ SAU ĐÂY:**

- **Bản sao hai phiếu lương gần đây nhất/cuối cùng của bất kỳ người lao động hưởng lương nào có đóng góp vào thu nhập của gia đình**
- **Thư Thông báo của Cơ quan An sinh Xã hội hoặc Mẫu 1099 gần đây nhất (nếu nhận An sinh Xã hội cũng như là có thu nhập khác, vui lòng cung cấp bằng chứng về thu nhập bổ sung)**

Chúng tôi nhận thấy rằng thu nhập của quý vị từ hồ sơ thuế trước đó có thể không phản ánh đầy đủ hoàn cảnh hiện tại của quý vị. Trong trường hợp này, quý vị vui lòng đính kèm thư trình bày ngắn gọn về tình hình tài chính hiện tại của quý vị cùng với bất kỳ thay đổi có liên quan nào.

Sau khi chúng tôi đã xem xét đơn của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của chúng tôi bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn. Nếu tình hình tài chính của quý vị có thay đổi kể từ lúc quý vị nộp đơn đăng ký đầu tiên, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại trong vòng 30 ngày kể từ ngày ghi trên thư xác nhận chính thức của quý vị. Nếu quý vị muốn trao đổi về tài khoản của mình, có bất kỳ câu hỏi nào hoặc muốn khiếu nại, quý vị vui lòng liên hệ với Dịch vụ Tài chính dành cho Bệnh nhân của Sanford theo số (877) 629-2999. Giờ làm việc của chúng tôi: Thứ Hai – Thứ Năm từ 7 giờ đến 18 giờ và Thứ Sáu từ 7 giờ đến 17 giờ.

Đối với cư dân Minnesota nhận dịch vụ tại các cơ sở của Sanford Health ở Minnesota: Nếu quý vị cảm thấy thắc mắc của mình chưa được giải quyết, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Tài chính dành cho Bệnh nhân của Sanford theo số (877)629-2999 trước và cho phép chúng tôi có cơ hội thử và giải quyết thắc mắc của quý vị. Nếu quý vị vẫn còn thắc mắc chưa được giải quyết, quý vị có thể liên lạc Văn Phòng Tổng Chương Lý MN theo số (651)296-3353 hoặc (800)657-3787.

Vui lòng trả lời yêu cầu cung cấp thông tin này trong vòng 30 ngày và gửi lại văn phòng của chúng tôi bằng **FAX BẢO ĐẢM** theo số (800)544-5967 hoặc **GỬI THƯ** đến Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,

Sanford Health

## Đơn Xin Hỗ trợ Tài chính

### Nhân khẩu học/Thông tin nhân khẩu

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_

Tên Vợ hoặc Chồng: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_

Tình trạng Hôn nhân: \_\_\_ Độc thân \_\_\_ Kết hôn \_\_\_ Ly hôn \_\_\_ Ở góa \_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Bang: \_\_\_\_\_ Mã Bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại Di động (Cá nhân): \_\_\_\_\_ Điện thoại Di động (Vợ hoặc Chồng): \_\_\_\_\_ Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_

*Vui lòng, liệt kê tất cả người phụ thuộc dưới 18 tuổi đang sống trong hộ gia đình của quý vị*

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm Sinh: \_\_\_\_\_

### Thu nhập

Bản thân	Tổng Thu nhập Hàng tháng	Vợ hoặc Chồng
\$	Tổng Thu nhập/Thất nghiệp/Bồi thường Lao động	\$
\$	An sinh Xã hội/Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI)/Bảo hiểm Khuyết tật An sinh Xã hội (SSDI)	\$
\$	Tự Kinh doanh/Thu nhập từ Cho thuê/Phí Bản quyền/Bất động sản/Tài sản Tín thác	\$
\$	Nghỉ hưu/Lương hưu/Niên Kim/Phúc lợi cho Cựu chiến binh	\$
\$	Cấp dưỡng nuôi con/Cấp dưỡng cho Vợ hoặc Chồng/ Hỗ trợ công cộng	\$
\$	Khác/Thu nhập khác: _____	\$
\$	<b>Tổng Thu nhập (Vui lòng cung cấp bằng chứng về thu nhập)</b>	\$

Quý vị đang thanh toán/hoặc có thể chi trả bao nhiêu cho hóa đơn Sanford mỗi tháng? \_\_\_\_\_

**Quyền Chuyển nhượng (Vui lòng đọc kỹ)**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin trong tờ đơn này và những giấy tờ chứng minh là trung thực và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu những thông tin này sẽ được bảo mật và tôi có khả năng được yêu cầu bổ sung thêm thông tin. Tôi hiểu đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi có khả năng không được xem xét trừ khi tôi cung cấp đầy đủ các thông tin theo yêu cầu. Sanford Health không tuyên bố đảm bảo hỗ trợ tài chính.

Tên (Chữ in hoa): \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm: \_\_\_\_\_

Tên Vợ hoặc Chồng (Chữ in hoa): \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày Tháng Năm: \_\_\_\_\_