



## Hướng Dẫn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chánh

Chúng tôi sẽ cung cấp Hỗ Trợ Tài Chánh cho các dịch vụ Y Tế Cần Thiết cho bệnh nhân đủ điều kiện. Hướng dẫn hỗ trợ tài chánh dựa trên Mức Nghèo Liên Bang (được công bố hàng năm trong Công Báo Liên Bang). Những bệnh nhân cho biết rằng họ không có bảo hiểm hoặc bất kỳ phương tiện chi trả dịch vụ y tế cần thiết nào khác có thể yêu cầu Hỗ Trợ Tài Chánh.

### **VUI LÒNG NỘP CÁC TÀI LIỆU SAU:**

- **ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÁNH ĐÃ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ** (đơn điền không đầy đủ sẽ không được xét)
- **BẰNG CHỨNG THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH**  
**Cư dân Michigan:** Phiếu lương gần nhất của 4 kỳ lương vừa qua, Sao kê ngân hàng gần nhất cho 2 tháng qua, Bảng chứng thu nhập khác, Tài sản (403b, 401k, v.v.).  
**Cư dân Ohio:** Phiếu lương gần nhất của 3 tháng qua trước khi thực hiện dịch vụ
- **BIỂU MẪU XÁC MINH THU NHẬP** (NẾU QUÝ VỊ HIỆN KHÔNG CÓ THU NHẬP)
- **BẢN SAO TỜ KHAI THUẾ LIÊN BANG ĐÃ NỘP GẦN NHẤT**
- **VUI LÒNG LƯU Ý NẾU KHÔNG THỂ CUNG CẤP BẤT KỲ TÀI LIỆU NÀO**

Vui lòng chờ 30 ngày làm việc để đơn đăng ký được xử lý. McLaren Health Care có thể yêu cầu tài liệu tài chánh bổ sung cần thiết để xử lý Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chánh. Đơn đăng ký hoặc tài liệu thiếu và/hoặc không đầy đủ sẽ làm chậm quá trình xử lý đăng ký.

### **VUI LÒNG NỘP ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐÃ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ VÀ TÀI LIỆU ĐI KÈM TRONG VÒNG MƯỜI BỐN (14) NGÀY TỚI:**

McLaren Corporate Services  
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service  
50820 Schoenherr Rd.  
Shelby Township, MI 48315  
HOẶC [FinancialAssistance@mclaren.org](mailto:FinancialAssistance@mclaren.org)

**Quý vị phải cung cấp mọi thông tin yêu cầu để được xem xét/xử lý Hỗ Trợ Tài Chánh.  
Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp trong quá trình điền đơn đăng ký, vui lòng liên hệ:**  
Phòng Dịch Vụ Khách Hàng  
Dịch Vụ Tài Chánh Bệnh  
Nhân (844) 321-1557



## HEALTH CARE

### Biểu Mẫu Xác Minh Thu Nhập

Biểu mẫu này chỉ được sử dụng khi người đăng ký Hỗ Trợ Tài Chánh khai không có thu nhập.

Phải điền tất cả các trường trong biểu mẫu này để đảm bảo hợp lệ.

Tên Người Đăng Ký:	Địa Chỉ Hiện Tại Của Người Đăng Ký:
--------------------	-------------------------------------

#### Xác Minh Thu Nhập Của Người Đăng Ký

Tôi, \_\_\_\_\_, xác nhận rằng mình không có thu nhập đã kiểm được hoặc chưa kiểm được. Tôi cho phép McLaren Health Care xác minh tuyên bố này. Tôi hiểu rằng nếu McLaren Health Care phát hiện thấy tôi có thu nhập đã kiểm được hoặc chưa kiểm được, tôi sẽ không đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chánh.

Tôi hiện đang được hỗ trợ bởi (nêu rõ cách quý vị đáp ứng các khoản chi tiêu cơ bản, thực phẩm, quần áo, chỗ ở, bao gồm cả tên của tất cả những người hỗ trợ):

---

---

---

---

---

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

#### Chữ ký

Chữ Ký Của Người Đăng Ký: \_\_\_\_\_

Tên viết in hoa: \_\_\_\_\_

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
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- Khác \_\_\_\_\_

## Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính

Tổng Số dư Hạn \_\_\_\_\_ Số Tài Khoản \_\_\_\_\_

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Số Bảo Hiểm Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Nhà \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chánh \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nhà Riêng \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Khác \_\_\_\_\_

Tên của Bên Đại Diện (Người Bảo Lãnh) \_\_\_\_\_ Số Bảo Hiểm Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Hãng sở \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Làm Việc \_\_\_\_\_

Vui lòng chọn một:  Hiện làm việc cho hãng sở  Làm tự do  Thất nghiệp  Nghỉ hưu  Mất khả năng lao động

Nếu làm việc cho hãng sở - quý vị đang làm:  Toàn thời gian  Bán thời gian  Không cố định Số giờ làm việc trung bình/tuần \_\_\_\_\_

Tên Vợ/Chồng \_\_\_\_\_ Số Bảo Hiểm Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Hãng sở của vợ/chồng \_\_\_\_\_

Vui lòng chọn một:  Hiện làm việc cho hãng sở  Làm tự do  Thất nghiệp  Nghỉ hưu  Mất khả năng lao động

Nếu làm việc cho hãng sở - quý vị đang làm:  Toàn thời gian  Bán thời gian  Không cố định Số giờ làm việc trung bình/tuần \_\_\_\_\_

Tên và tuổi của Người Phụ Thuộc (bao gồm cả bản thân và vợ/chồng) \_\_\_\_\_

### TIẾT KIỆM (CD, Money Market, IRA), Tài Khoản Séc và Liên Minh Tín Dụng

Tên Ngân Hàng	Thành Phố	Loại Tài Khoản	Số Dư

Quý vị có sở hữu nhà riêng không?  Có  Không Nếu có, hãy liệt kê bên dưới.

Quý vị có sở hữu tài sản nào khác không? Phương tiện, xe RV, bất động sản khác  Có  Không Nếu có, hãy liệt kê bên dưới.

### TÀI SẢN

Tài Sản - Nhà Ở, Phương Tiện, v.v.	Giá Trị Thị Trường	Số Tiền Còn Nợ

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

Mục thu nhập	Số tiền (hàng tháng)	Mục chi tiêu	Số tiền (hàng tháng)
Tổng Chi Tiêu Thuần Hộ Gia Đình		Thuê Nhà/Thế Chấp	
Thu Nhập An Sinh Xã Hội		Thuế Tài Sản	
Thu Nhập Lãi		Xe Hơi	
Thu Nhập Cho Thuê Nhà		Bảo hiểm: Chủ Sở Hữu Nhà	
Tiền Cấp Dưỡng		Bảo hiểm: Xe Hơi	
Nuôi Con		Bảo hiểm: Sức Khỏe	
Hưu Trí		Bảo hiểm: Nhân Thọ	
Trợ Giúp Chung		Tiện Ích	
Thất Nghiệp		Thực Phẩm	
Hỗ Trợ Tiểu Bang/Liên Bang		Xăng Dầu	
Đóng Góp từ Người Khác		Y Tế	
Thu Nhập từ Hợp Đồng Đất Đai		Cấp Dưỡng/Nuôi Con	
Bồi Thường Cho Người Lao Động		Khác (vui lòng nêu rõ)	
Chuyển Lương Cho Gia Đình Quân Nhân		Khác (vui lòng nêu rõ)	
Khác (nêu rõ)		Khác (vui lòng nêu rõ)	

**VAY TRẢ GÓP VÀ THẺ TÍN DỤNG**

Nhà cung cấp tín dụng	Dư Nợ	Số Tiền Trả Hàng Tháng

Tổng Thu Nhập	Tổng Chi Tiêu

Vui lòng đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào về Thu Nhập và Chi Tiêu của quý vị mà có thể có liên quan tới việc đăng ký của quý vị.

Qua đây, tôi xác nhận rằng thông tin ở trên là chính xác theo hiểu biết rõ nhất của tôi. I đồng ý cho McLaren Health Care Corporation (MHCC) và các công ty con xác minh bất kỳ thông tin nào để đảm bảo tính đầy đủ và chính xác. Tôi cũng đồng ý cung cấp thêm thông tin cho MHCC và các đơn vị liên kết. Tôi hiểu rằng, là một tổ chức từ thiện, MHCC có thể cung cấp cho tôi dịch vụ giảm giá hoặc miễn phí. Thêm nữa, tôi cũng hiểu rằng có thể được cấp báo cáo tín dụng cá nhân trong quá trình ra quyết định.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Bệnh Nhân hoặc Bên Đại Diện

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Vợ/Chồng

\_\_\_\_\_  
Ngày

Đăng ký được phê duyệt có giá trị trong mười hai tháng, theo đó có thể cần cung cấp thông tin cập nhật cho các dịch vụ bất kỳ trong tương lai. Cần thu xếp chi trả theo thỏa thuận cho bất kỳ phần số dư còn lại nào và các khoản thu xếp chi trả này có thể được đánh giá lại theo quyết định của MHCC.

\_\_\_\_\_  
CHỮ KÝ ỦY QUYỀN

\_\_\_\_\_  
NGÀY

QUYẾT ĐỊNH: