

## Hướng Dẫn Nộp Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Cảm ơn quý vị đã quan tâm đến chương trình hỗ trợ tài chính của North Memorial Health. Chương trình này hỗ trợ tài chính cho những khách hàng đủ tiêu chuẩn không có bảo hiểm và có bảo hiểm dưới mức đối với các dịch vụ cấp cứu và cần thiết về mặt y tế được cung cấp bởi bệnh viện North Memorial Health (NMH) và các cơ sở phòng khám thuộc hệ thống NMH, bao gồm cả cơ sở vật chất và các dịch vụ chuyên môn do bệnh viện North Memorial Health Hospital, bệnh viện Maple Grove Hospital, dịch vụ vận chuyển cấp cứu của NMH và dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời của NMH. Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, quý vị phải nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính được điền đầy đủ thông tin cùng với hồ sơ theo yêu cầu và:

- Số dư phải còn hạn trong vòng 365 ngày kể từ ngày phát hành bảng kê giao dịch đầu tiên sau xuất viện mà quý vị nhận được liên quan đến số dư đó
- Có \*Thu Nhập Gia Đình bằng hoặc dưới 300% \*\*Mức Nghèo Liên Bang
- Nộp đơn đăng ký bảo hiểm y tế (Medical Assistance, MinnesotaCare) nếu quý vị được xác định rằng có thể đủ điều kiện
- Hợp tác với NMH nếu đơn đăng ký của quý vị được xác định là chưa đầy đủ và cần bổ sung thêm thông tin

Thu nhập của gia đình sẽ được xác định dựa trên tờ khai thuế IRS trong năm nộp thuế gần nhất của Người Nộp Đơn Chính và những người phụ thuộc trong hộ gia đình. Nếu Thu nhập của gia đình thay đổi hoặc nếu không thể cung cấp tờ khai thuế thì thu nhập sẽ được tính bằng cách quy ra thu nhập hằng năm từ thu nhập sáu tháng trước đó của Người Nộp Đơn Chính và những người phụ thuộc trong hộ gia đình.

Quý vị có thể nhận được bản sao của Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của North Memorial Health, trong đó mô tả các chương trình hỗ trợ tài chính của NMH, tư cách hội đủ điều kiện tham gia chương trình và các dịch vụ được đài thọ cho khách hàng đủ điều kiện bằng cách truy cập trang Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính trên trang web của NMH tại địa chỉ <https://northmemorial.com/financial-assistance> hoặc bằng cách gọi đến số (763) 581-0911 hoặc (866) 494-2900.

Vui lòng sử dụng bảng dưới đây làm danh mục kiểm tra khi hoàn thành đơn đăng ký đính kèm.	
<b>Phần 1</b> Thông Tin Người Nộp Đơn	<input type="checkbox"/> Quý vị cần phải điền vào tất cả các ô. <input type="checkbox"/> Nếu quý vị được xác nhận là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác thì người đó phải hoàn thành đơn đăng ký.
<b>Phần 2</b> Thông Tin Người Phụ Thuộc	<input type="checkbox"/> Tính cả tất cả các thành viên thuộc hộ gia đình mà quý vị chịu trách nhiệm tài chính. <input type="checkbox"/> Những người phụ thuộc trên 18 tuổi sẽ chỉ được xem xét khi xét quy mô gia đình nếu họ có tên trong tờ khai thuế của năm trước. Tất cả những người con trên 18 tuổi sẽ phải nộp đơn đăng ký riêng.
<b>Phần 3</b> Bảng Chứng về Số Dư Tài Sản Lưu Động	<input type="checkbox"/> Vui lòng gửi cho chúng tôi bản kê khai đầy đủ về tất cả các tài sản được liệt kê trong Phần 3. (Các) bản kê phải ghi rõ ngày sao kê, tên chủ tài khoản, giá trị tài sản hiện tại và tên tổ chức tài chính. Bản tóm tắt thông tin về tài khoản ngân hàng của quý vị không được chấp nhận.
<b>Phần 4</b> Bảng Chứng về Bảo Hiểm	<input type="checkbox"/> Nếu bất kỳ người nào có tên trong đơn đăng ký được bảo hiểm thì cần cung cấp một bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm đối với từng người được bảo hiểm trong đơn đăng ký hỗ trợ tài chính. <input type="checkbox"/> Nếu bất kỳ người nào có tên trong đơn đăng ký không được bảo hiểm thì có thể cần phải cung cấp quyết định bằng văn bản về Medical Assistance và/hoặc MinnesotaCare hoặc tài liệu về việc miễn trừ khỏi Đạo Luật Dịch Vụ Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng hoặc có thể cần phải cung cấp đơn đăng ký Medical Assistance hoặc MinnesotaCare.
<b>Phần 5,6,7,8</b> Chứng Minh Thu Nhập	<input type="checkbox"/> Cung cấp tờ khai thuế liên bang của năm gần nhất bao gồm Phụ Lục C, E và F, nếu có. <b>Vui lòng không gửi tờ khai thuế của W2 hoặc tiểu bang.</b> Để nhận bản sao của tờ khai thuế Liên Bang của mình, quý vị vui lòng gọi 800-829-0922. <input type="checkbox"/> Vui lòng cung cấp chi tiết/cuống phiếu lương gần nhất đối với Người Nộp Đơn Chính và tất cả các Thành Viên Gia Đình trong hộ. <input type="checkbox"/> Nếu Người Nộp Đơn Chính và Thành Viên Gia Đình không có thu nhập thì phải điền thông tin vào bản kê khai chỗ ở tạm thời. <input type="checkbox"/> Nếu quý vị nhận tiền trợ cấp An Sinh Xã Hội, lương hưu, niên kim hoặc thất nghiệp, vui lòng liệt kê những thông tin đó (Phần 7) và gửi bằng chứng về tổng thu nhập. Bảng sao kê ngân hàng thể hiện tiền gửi rỗng không được chấp nhận làm bằng chứng thu nhập.
<b>ĐƠN ĐĂNG KÝ</b>	<input type="checkbox"/> Thông tin trên đơn đăng ký phải khớp một cách chính xác với tài liệu hỗ trợ. <input type="checkbox"/> Vui lòng gửi bản sao rõ ràng của tất cả các tài liệu theo yêu cầu. Vui lòng không gửi bản gốc vì sẽ không được trả lại. <input type="checkbox"/> Người Nộp Đơn Chính phải điền đầy đủ vào đơn đăng ký, ký tên và ghi ngày tháng.

Nếu quý vị không biết rõ cần gửi kèm những tài liệu nào trong đơn đăng ký của mình hoặc nếu quý vị cần bất kỳ trợ giúp nào khác, vui lòng liên hệ theo số điện thoại phù hợp bên dưới:

North Memorial Health/Maple Grove Hospital  
(763) 581-0911 hoặc (866) 494-2900

North Memorial Transportation  
(763) 581-9930 hoặc (800) 535-6720

Người Bảo Lãnh / Số Tài Khoản:

## Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

**\*\*Vui lòng cho biết tổ chức mà quý vị có số dư và đang đăng ký hỗ trợ tài chính:**

- North Memorial Health Hospital/Clinics
  Maple Grove Hospital
  Medical Transportation
  North Memorial Outpatient Pharmacy

**1. NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH:** (Nếu nộp đơn đăng ký cho trẻ vị thành niên, hãy ghi tên của **QUÝ VỊ** tại đây và nêu tên trẻ ở Phần 2 dưới đây)  
 Quý vị phải điền đầy đủ vào tất cả các ô và thông tin phải trùng khớp chính xác với tài liệu hỗ trợ.

Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Ngày Sinh	Giới Tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Tình Trạng Hôn Nhân
Địa Chỉ			Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Số An Sinh Xã Hội			Số Điện Thoại Nhà Riêng	Số Điện Thoại Khác	

**2. (NHỮNG) THÀNH VIÊN SỐNG TRONG HỘ GIA ĐÌNH MÀ QUÝ VỊ CHỊU TRÁCH NHIỆM VỀ TÀI CHÍNH:**

TÊN (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ)	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ với Quý Vị

**3. VUI LÒNG HOÀN THÀNH DANH SÁCH TÀI SẢN MÀ QUÝ VỊ CÓ ĐỐI VỚI NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH VÀ TẤT CẢ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH ĐƯỢC LIỆT KÊ Ở MỤC 2 TRONG HỘ GIA ĐÌNH VÀ CUNG CẤP GIẤY TỜ HỖ TRỢ.**

**\*\*HỒ SƠ XÁC MINH TÀI SẢN BẮT BUỘC\*\*:** QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP (NHỮNG) BẢNG KÊ GẦN NHẤT CỦA QUÝ VỊ XÁC MINH SỐ DƯ/GIÁ TRỊ CỦA MỖI TÀI SẢN ĐƯỢC LIỆT KÊ DƯỚI ĐÂY. MỖI BẢNG KÊ PHẢI NÊU RÕ CHỦ TÀI KHOẢN TÀI SẢN, NGÀY VÀ TÊN TỔ CHỨC.

Loại Tài Sản	Ngày Lập Bảng Kê	Tên trên Tài Khoản	Giá Trị Tài Sản	Tổ Chức Tài Chính
Tài Khoản Séc và Tiết Kiệm				
Cổ Phiếu/Trái Phiếu/Chứng Nhận Tiền Gửi/Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ/Quỹ Tương Hỗ/IRA				
Tài Khoản Hưu Trí Y Tế/Tiết Kiệm Y Tế				

Tôi (Chúng tôi) không có bất kỳ tài sản nào được liệt kê, kể cả tài khoản séc và tài khoản tiết kiệm.

**4. THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ:** Vui lòng trả lời các câu hỏi sau cho chính bản thân quý vị, với tư cách là người nộp đơn chính và các thành viên gia đình được liệt kê trong Phần 2. Đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm của mỗi người, nếu có.

**\*\*GIẤY TỜ BẢO HIỂM Y TẾ BẮT BUỘC\*\*:** Nếu bất kỳ người nào có tên trong đơn đăng ký này mà không có bảo hiểm y tế (Medical Assistance, MinnesotaCare, Medicare hoặc Bảo Hiểm Khác), vui lòng cung cấp văn bản giải thích trong Phần 9 về lý do tại sao không được bảo hiểm. Có thể cần phải cung cấp thư quyết định cập nhật và hợp lệ từ Medical Assistance/MinnesotaCare đối với người đó hoặc tài liệu về việc được miễn trừ khỏi chấp hành Quy Định của Đạo Luật Dịch Vụ Chăm Sóc Giá Cả Phải Chăng

**Vui lòng gửi bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm liệt kê từng người được bảo hiểm đó chi trả.**

Quý vị có Medicare không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B	Vợ/chồng của quý vị có Medicare không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B
Có ai có Medical Assistance hoặc MinnesotaCare không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	NẾU câu trả lời là Có, ai có Medical Assistance hoặc MinnesotaCare?
Có ai có bảo hiểm y tế bổ sung không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	NẾU trả lời CÓ, tên và số điện thoại của hãng bảo hiểm đó là gì và ai được bảo hiểm?

**5. XÁC MINH VIỆC LÀM:** Vui lòng điền và cung cấp thông tin chi tiết/cuống phiếu lương gần nhất của quý vị đối với Người Nộp Đơn Chính và tất cả các Thành Viên trong hộ gia đình được liệt kê trong Phần 2 hiện đang có việc làm.

a. Tên của Người Lao Động Được Tuyển Dụng	b. Tên Hãng Sở/Doanh Nghiệp	c. Lương Theo Giờ/Lương Hàng Năm	d. Số giờ làm việc mỗi tuần	e. Tiền thưởng
NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH				

**6. XÁC MINH THU NHẬP:** Vui lòng đính kèm bản sao của (các) tờ khai thuế IRS 1040 hoặc 1040A bao gồm các phụ lục C, E & F tính từ năm nộp thuế gần nhất đối với Người Nộp Đơn Chính và tất cả các Thành Viên trong hộ gia đình. Nếu không có tờ khai thuế, quý vị phải hoàn thành Phần 7.

Tôi (Chúng tôi) không nộp tờ khai thuế. Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết/cuống phiếu lương của 6 tháng đối với người nộp đơn chính và các thành viên gia đình đang có việc làm.

**7. Nếu không thể cung cấp tờ khai thuế hiện tại đối với tất cả các thành viên trong hộ gia đình được liệt kê trong Phần 2 hoặc Thu Nhập Gia Đình của quý vị thay đổi, kể từ lần nộp thuế năm gần đây, vui lòng cung cấp Thu Nhập Gia Đình sau đây đối với Người Nộp Đơn Chính và tất cả các Thành Viên trong hộ gia đình được liệt kê trong Phần 2:**

NGUỒN THU NHẬP	SỐ TIỀN - SÁU THÁNG QUA	NGUỒN THU NHẬP	SỐ TIỀN - SÁU THÁNG QUA
Lãi và Cổ Tức Chịu Thuế		Tiền Thuê/Tiền Bản Quyền/Bất Động Sản/Quỹ Tín Thác	
Tiền Cấp Dưỡng/Hỗ Trợ Nuôi Con		Trợ Cấp Thất Nghiệp	
Thu nhập tự doanh		Bồi Thường Cho Người Lao Động	
Trợ Cấp An Sinh Xã Hội và Khuyết Tật		Trợ Cấp Giáo Dục	
Hưu Trí và Lương Hưu		Trợ Cấp Công	
Trợ Cấp Cựu Chiến Binh		Khoản hỗ trợ tài chính khác	

**\*\*GIẤY TỜ XÁC MINH BẮT BUỘC ĐỐI VỚI CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC\*\*:**

- ❖ **TRỢ CẤP AN SINH XÃ HỘI, SSI, LƯƠNG HƯU, THẤT NGHIỆP, BỒI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG:** Vui lòng gửi bản kê bằng chứng về quyền lợi hoặc thư thông báo về số tiền mà quý vị nhận được mỗi tháng. Chúng tôi cần có thông tin về tổng thu nhập. Bản tóm tắt thông tin về thu nhập rỗng từ ngân hàng không được chấp nhận.
- ❖ **TẤT CẢ CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC:** Cung cấp (1) chứng từ thuế thể hiện thu nhập mà quý vị nhận được hoặc (2) một dạng tài liệu "chính thức" khác xác minh thu nhập và nguồn gốc thu nhập. Bản sao của bằng sao kê ngân hàng của quý vị không được chấp nhận làm bằng chứng thu nhập.

8. **NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN KHÔNG CÓ BÁO CÁO THU NHẬP, THÌ HỌ PHẢI HOÀN THÀNH BẢN KÊ KHAI CHỖ Ở TẠM THỜI HỖ TRỢ. VUI LÒNG GỌI ĐẾN VĂN PHÒNG CỦA CHÚNG TÔI ĐỂ NHẬN BẢN KÊ KHAI CHỖ Ở TẠM THỜI HOẶC LẤY MỘT BẢN SAO TRÊN TRANG CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA TRANG WEB CỦA CHÚNG TÔI**  
<https://northmemorial.com/financial-assistance>.

9. Nếu quý vị có thêm các yếu tố khác mà quý vị muốn chúng tôi xem xét trong đơn đăng ký của mình hoặc quý vị cần thêm khoảng trống để điền thông tin, vui lòng liệt kê thông tin vào khoảng trống bên dưới hoặc điền vào một tờ giấy khác.


**\*\*\*\*\*TRƯỚC KHI GỬI LẠI ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY, HÃY ĐẢM BẢO QUÝ VỊ ĐÃ ĐÍNH KÈM TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU THEO YÊU CẦU NHƯ ĐƯỢC ĐỀ CẬP TRONG MỖI PHẦN\*\*\*\*\***

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc trình bày sai thông tin trong đơn đăng ký này có thể dẫn đến việc đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của tôi bị từ chối.

<b>NGÀY:</b>	<b>CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH:</b>
	<b>X</b>

Vui lòng chờ 30 ngày để đơn đăng ký được xử lý. Các đơn đăng ký không điền đầy đủ thông tin sẽ không được xử lý. Quý vị sẽ nhận được thông báo qua đường bưu điện về quyết định của chúng tôi.

Quý vị phải nộp đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin, bao gồm tất cả thông tin và tài liệu cần thiết để xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính tới:

- Qua thư: North Memorial Hospital – Financial Assistance, 3300 Oakdale Avenue North, Robbinsdale, MN 55422
- Email: [FAA@NorthMemorial.com](mailto:FAA@NorthMemorial.com)
- Nộp trực tiếp tại các địa điểm sau:
  - Các Bộ Phận Tiếp Nhận Hồ Sơ của NMH
  - North Memorial Health Business Office, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
  - North Memorial Health Transportation, 4501 68<sup>th</sup> Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429

**\*Thu Nhập Gia Đình:** Thu Nhập Gia Đình được xác định bắt đầu bằng định nghĩa của Cục Điều Tra Dân Số, sử dụng mức thu nhập sau đây khi tính toán các hướng dẫn về mức nghèo của liên bang: Nêu cả các khoản thu nhập, trợ cấp thất nghiệp, bồi thường cho người lao động, trợ cấp An Sinh Xã Hội, Thu Nhập An Sinh Bổ Sung, hỗ trợ công, trợ cấp cho cựu chiến binh, trợ cấp cho người sống sót, trợ cấp khuyết tật, lương hưu hoặc thu nhập hưu trí, tiền lãi, cổ tức, tiền thuê nhà, tiền bản quyền, tài sản và quỹ tín thác, hỗ trợ giáo dục, tiền cấp dưỡng, hỗ trợ nuôi con, hỗ trợ tài chính từ bên ngoài hộ gia đình và các nguồn khác;

1. Các phúc lợi không bằng tiền mặt (chẳng hạn như phiếu thực phẩm và trợ cấp nhà ở) không được tính;
2. Được xác định trên cơ sở trước thuế;
3. Không tính đến các khoản lãi hoặc lỗ; và
4. Nếu một người sống cùng với một gia đình, nêu cả thu nhập của tất cả các thành viên trong gia đình (Không tính họ hàng, chẳng hạn như người sống cùng nhà).

**\*\*Hướng Dẫn về Mức Nghèo Liên Bang (FPG):** FPG thiết lập các mức thu nhập hàng năm cho người nghèo do Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ xác định và được cập nhật hàng năm trong Sổ Đăng Ký Liên Bang.