

CHƯƠNG TRÌNH GIẢM LỆ PHÍ

Chương trình giảm lệ phí của Neighborcare Health tuân thủ những quy định hướng dẫn của liên bang dựa trên số lượng người và thu nhập gia đình. **Các bệnh nhân cần:**

- Hẹn gặp một chuyên gia về hội đủ điều kiện để hoàn tất đơn tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe.
- Cung cấp thông tin về quy mô gia đình, thu nhập hộ gia đình và thông tin nhân dạng.

Đơn và các tài liệu phải được giao tận tay một chuyên gia về hội đủ điều kiện. Đơn và các tài liệu, không được gửi qua bưu điện hoặc fax, không được để hoặc gửi tại bàn lễ tân phòng khám bệnh.

NHỮNG TÀI LIỆU CHỨNG MINH QUY MÔ VÀ THU NHẬP GIA ĐÌNH:

- Biểu Mẫu Thuế Liên Bang 1040** (cung cấp giấy khai sinh và/hoặc đăng ký kết hôn nếu những người phụ thuộc không được liệt kê trong mẫu giấy hoàn thuế).
- Tổng thu nhập tiền lương chịu thuế** (như lương chi phiếu trả lương/tiền lương và tiền tip, tiền hoàn lại, tiền thưởng, tiền lương quân đội, tự kinh doanh, thu nhập từ sở thích, bồi thường cho các dịch vụ cá nhân ...vv.) và thu nhập phi tiền lương (như thu nhập từ lãi suất, lợi tức, thu hồi vốn, tiền trợ cấp, tiền thuê nhà, nhuận bút và thu nhập từ nước ngoài, thất nghiệp, tiền cấp dưỡng, phân phối IRA, thu nhập từ lợi nhuận, niên kim...vv) trong thời gian 30 ngày qua (đối với mỗi thành viên đi làm trong hộ gia đình).
- Các tài liệu thích hợp khác:**
 - Thư của chủ lao động xác nhận tổng thu nhập hàng tháng của quý vị (trong 30 ngày qua).
 - Hai cuốn phiếu trợ cấp thất nghiệp gần đây nhất (nếu đang nhận trợ cấp thất nghiệp).
 - Thư hỗ trợ hoặc thư giới thiệu từ một tổ chức/cá nhân, và một xác nhận quý vị không có thu nhập có chữ ký.

CHỨNG MINH NHÂN THÂN:

- Một thẻ ID có ảnh hiện tại như giấy phép lái xe, thẻ nhân dạng do tiểu bang cấp, ID quân đội ...vv.

Xin cung cấp thông tin liệt kê bên trên (hoặc bất kỳ tài liệu nào mà Neighborcare Health yêu cầu, tùy theo từng trường hợp) trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày thăm khám hôm nay hoặc chi trả toàn bộ phí tổn ngày hôm nay.

- Tôi chọn không cung cấp thông tin về thu nhập và tôi hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ cho các dịch vụ đã nhận.*

KÊ KHAI VỀ QUÝ VỊ VÀ TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI PHỤ THUỘC TRONG HỘ GIA ĐÌNH:

Họ Tên:	Ngày sinh:	Họ Tên:	Ngày sinh:
Họ Tên:	Ngày sinh:	Họ Tên:	Ngày sinh:
Họ Tên:	Ngày sinh:	Họ Tên:	Ngày sinh:

NẾU CÓ BẢO HIỂM, XIN CUNG CẤP THÔNG TIN BẢO HIỂM THÍCH HỢP:

Tên Nhà Bảo Hiểm:	Họ Tên Bệnh Nhân:		
Số Hợp Đồng Bảo Hiểm:	Số Nhóm:		
Số Điện Thoại Nhà Bảo Hiểm:	Điện Thoại Nơi Làm Việc:		
Quan hệ với người mua bảo hiểm:	Ngày sinh của người mua bảo hiểm:	/ /	(giới tính) <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ

Tôi hiểu thông tin bên trên và đồng ý rằng tôi sẽ cung cấp thông tin cần thiết để xác minh quy mô, thu nhập của gia đình tôi và nhân dạng cá nhân của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp thông tin này trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày thăm khám hôm nay, tôi sẽ phải chi trả toàn bộ chi phí. Tôi đồng ý chi trả toàn bộ chi phí mà nhà bảo hiểm của tôi không bao trả.

Chương trình Chi Phí Thay Đổi của Neighborcare Health không áp dụng đối với chích ngừa, các khoản đồng thanh toán (kể cả đồng thanh toán liên quan đến chương trình chăm sóc có quản lý), các khoản khấu trừ, các biện pháp ngừa thai đặt tiền (như IUD) và các dịch vụ thai sản. Nếu quý vị mang thai, xin hẹn gặp chuyên gia về hội đủ điều kiện để xem quý vị có đủ điều kiện hưởng bảo hiểm do tiểu bang tài trợ hoặc Medicaid không. Nếu quý vị không đủ điều kiện, quý vị sẽ phải ký một Thỏa Thuận Trước Khi Sinh và lập một kế hoạch thanh toán. Xin liên hệ với một Chuyên Gia Tài Khoản Bệnh Nhân theo số (206-548-3100) để biết thêm thông tin.

Chữ Ký	Ngày Yêu Cầu:	Ngày Xác Nhận:	
Họ Tên Bệnh Nhân Viết Chữ In	Ngày Hết Hạn:	MRN/ Số Tài Khoản:	
Điện Thoại Chính	Quy Mô Gia Đình:	Thu Nhập Hàng Năm:	Tỷ Lệ:
Thư điện Tử Cá Nhân	Nhập vào hệ thống bởi:	Ngày:	