

CHƯƠNG TRÌNH GIẢM CHI PHÍ TRƯỢT



Chương trình Giảm Chi phí Trượt của Neighborcare Health tuân theo các hướng dẫn của liên bang dựa trên số người và thu nhập của hộ gia đình. Bệnh nhân cần:

- Đặt lịch hẹn với chuyên gia đủ điều kiện để hoàn thành đơn xin.
- Cung cấp bằng chứng về thông tin liên quan đến số người trong hộ gia đình, tổng thu nhập của hộ gia đình và thông tin danh tính cho tất cả các cá nhân đóng góp vào thu nhập hộ gia đình.

Các đơn xin và bản sao in của các tài liệu hỗ trợ phải được trao trực tiếp cho một chuyên gia đủ điều kiện hay một nhân viên lễ tân tại phòng khám của bạn. Chúng không thể được gửi qua đường bưu điện hay fax.

VÍ DỤ VỀ TÀI LIỆU THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH:

- Bằng chứng của tổng thu nhập trong 30 ngày cho mỗi thành viên trong gia đình đóng góp vào thu nhập. Cụ thể, tất cả các loại thu nhập kiếm được và không kiếm được. Ví dụ bao gồm: Mẫu thuế liên bang 1040, phiếu lương / tiền lương, và tiền hoa / tiền thưởng, lương trả lại, tiền thưởng, tiền lương quân sự, tự làm chủ, thu nhập từ sở thích, bồi thường cho các dịch vụ cá nhân, thu nhập từ lãi suất hay niên kim, cổ tức, tăng vốn, lương hưu, tiền thuê nhà, tiền bản quyền và thu nhập nước ngoài, hai phiếu ngân phiếu thất nghiệp cuối cùng, tiền cấp dưỡng, phân phối IRA, v.v.
- Nếu bạn không có thu nhập, hãy cung cấp thư hỗ trợ hay tài liệu tham khảo từ một tổ chức / cá nhân và một tuyên bố có chữ ký về thu nhập bằng 0.

XÁC MINH DANH TÍNH:

- Một ID có ảnh hiện tại như bằng lái xe, thẻ căn cước do nhà nước cấp, ID quân sự, v.v.

Xin vui lòng cung cấp thông tin được liệt kê ở trên (hay bất kỳ tài liệu nào khác mà Neighborcare Health cần, trên cơ sở từng trường hợp cụ thể) trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày bạn đến gặp nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của bạn hay bạn sẽ phải trả toàn bộ số tiền cho các khoản chi phí đó.

- Tôi chọn không cung cấp thông tin thu nhập và hiểu rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán đầy đủ các dịch vụ được cung cấp.

LIST YOURSELF AND ALL THE MEMBERS OF YOUR HOUSEHOLD:

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

NẾU BẠN CÓ BẢO HIỂM Y TẾ, HÃY HOÀN THÀNH PHẦN NÀY:

Tên Bảo hiểm:		Tên Người đăng ký/Tên Bệnh nhân:	
Số Chính sách:		Số Nhóm:	
Điện thoại Bảo hiểm:		Điện thoại làm việc:	
Mối quan hệ với người đăng ký:		Ngày sinh của người đăng ký:	/ / (Giới tính) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Tôi hiểu những thông tin trên và đồng ý rằng tôi sẽ cung cấp bằng chứng thông tin để xác minh số người hộ trong gia đình, thu nhập của hộ gia đình và danh tính của các thành viên trong hộ gia đình đóng góp vào thu nhập. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp thông tin này trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày gặp của tôi với nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe của tôi, tôi sẽ được lập hóa đơn với toàn bộ chi phí. Tôi đồng ý trả tất cả các chi phí không được chi trả bởi hãng bảo hiểm của tôi.

Chương trình giảm giá phí trượt của Neighborcare Health không bao gồm tiêm chủng, các biện pháp tránh thai chi phí cao (ví dụ: IUD) và các dịch vụ OB.

Nếu bạn đang mang thai, vui lòng lên lịch một cuộc hẹn về sự đủ điều kiện để xác định xem bạn có đủ điều kiện nhận bảo hiểm do nhà nước tài trợ hay Medicaid hay không. Nếu bạn không đủ điều kiện, bạn sẽ được yêu cầu ký Thỏa thuận Trước Khi Sinh và thiết lập kế hoạch thanh toán. Vui lòng liên hệ Chuyên gia Tài khoản Bệnh nhân (206-548-3100) để biết thêm thông tin.

Chữ ký		Date Requested:		Date Verified:	
In tên Bệnh nhân		Expiration Date:		MRN/ Account #:	
Điện thoại chính		Household Size:		Yearly Income:	
Email Cá nhân		Entered in system by:		Scale:	
				Date:	