



# CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO THANG ĐỐI CHIẾU



## Hướng dẫn đăng ký Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu

Những bệnh nhân không thể thanh toán dịch vụ tại bất kỳ Bệnh viện AltaPointe Health Outpatient, BayPointe hoặc EastPointe, hoặc địa điểm Accordia Health nào, ngoại trừ các dịch vụ được cung cấp tại Bayview Professional và Accordia Health & Wellness, có thể đủ điều kiện tham gia Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu (SFDP) của chúng tôi. SFDP sẽ chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí chăm sóc quý vị nhận được. Số tiền hỗ trợ tài chính nhận được dựa trên thu nhập và quy mô hộ gia đình tuân theo Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang.

Để được xem xét tham gia chương trình này, quý vị phải hoàn thành đơn đăng ký đính kèm và cung cấp một trong những thông tin sau để đáp ứng yêu cầu về bằng chứng thu nhập:

- Tờ khai thuế thu nhập gần đây nhất có W-2(s) và/hoặc 1099
- 2 phiếu lương gần đây nhất
- Hồ sơ về thu nhập từ ssi.gov
- Bằng chứng về thu nhập an sinh xã hội, nếu có
- Bằng chứng về tiền cấp dưỡng, hỗ trợ nuôi con, thất nghiệp, lương hưu, v.v.
- Các giấy tờ chứng minh thu nhập khác (cung cấp cho nhân viên để được đánh giá)

Nếu không thể cung cấp một hình thức chứng minh thu nhập được chấp nhận, quý vị có thể ký vào bản tự chứng thực và được yêu cầu cung cấp một trong những tài liệu sau để hỗ trợ cho bản khai này:

- Thư xác nhận nếu nhận phiếu thực phẩm
- Bằng chứng chỉ có bảo hiểm kế hoạch hóa gia đình của Medicaid
- Nếu quý vị không có thu nhập và được người thân hoặc bạn bè hỗ trợ thì cần phải có thư giải thích về những sắp xếp đó. Thư phải có chữ ký của (những) người hỗ trợ.

Sau khi hoàn tất đơn đăng ký của quý vị, vui lòng gửi lại đơn đăng ký và giấy tờ chứng minh thu nhập của quý vị cho bất kỳ địa điểm nào của AltaPointe Health, Bệnh viện AltaPointe hoặc Accordia Health hoặc gửi qua đường bưu điện đến:

AltaPointe Health Systems, Inc.  
5750-A Southland Drive Mobile, AL, 36693  
Attention: Practice Management Coordinator

Các bệnh viện AltaPointe Health, BayPointe hoặc EastPointe hoặc Accordia Health sẽ xem xét đơn đăng ký của quý vị để xác định mức hỗ trợ quý vị đủ điều kiện hưởng. Sau khi có quyết định, quý vị sẽ được thông báo về việc phê duyệt hoặc từ chối SFDP. Nếu được phê duyệt, mức hỗ trợ tài chính nhận được sẽ dựa trên quy mô hộ gia đình và thu nhập theo Hướng dẫn Chuẩn Nghèo của Liên bang.

Nếu được chấp thuận, đơn đăng ký này sẽ có hiệu lực trong một năm và sẽ được sử dụng cho tất cả các địa điểm quý vị đang được phục vụ. Số tiền giảm giá sẽ có giá trị tại tất cả các Bệnh viện AltaPointe Health Outpatient, BayPointe hoặc EastPointe và Accordia Health, ngoại trừ các địa điểm Bayview Professional và Accordia Health & Wellness. Quý vị sẽ cần thông báo cho Bệnh viện AltaPointe Health Outpatient, BayPointe hoặc EastPointe hoặc Accordia Health nếu có bất kỳ thay đổi nào về tình hình tài chính của quý vị trong năm có thể ảnh hưởng đến khả năng đủ điều kiện tham gia chương trình này của quý vị. Nếu quý vị cần bất kỳ trợ giúp nào về đơn đăng ký, vui lòng liên hệ trực tiếp với chúng tôi hoặc qua điện thoại theo số (251) 450-5916.



# CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO THANG ĐỐI CHIẾU



## Đơn đăng ký chương trình giảm giá

### Thông tin về bệnh nhân:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Họ) (Tên) (Tên lót) (tháng/ngày/năm)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Số đường/căn hộ) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Zip)

Số điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Nhà riêng) (Di động)

### Thông tin về Phụ huynh/Người giám hộ 1:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Họ) (Tên) (Tên lót) (tháng/ngày/năm)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Số đường/căn hộ) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Zip)

Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Số điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Nhà riêng) (Di động)

### Thông tin về Phụ huynh/Người giám hộ 2:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Họ) (Tên) (Tên lót) (tháng/ngày/năm)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
(Số đường/căn hộ) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã Zip)

Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Số điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Nhà riêng) (Di động)

### Hộ gia đình và thu nhập (Liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình, kể cả quý vị):

	Tên	Mối quan hệ	Tuổi	Thu nhập hàng năm	Nguồn
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					



# CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO THANG ĐỐI CHIẾU



**Tuyên bố tự chứng thực:** Tôi không thể cung cấp bất kỳ bằng chứng thu nhập nào như mô tả ở trên và đã thảo luận vấn đề này với nhân viên. Tôi đồng ý cung cấp các tài liệu được yêu cầu để hỗ trợ cho tuyên bố này. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định xem tôi có đủ điều kiện tham gia Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu hay không. Bằng việc ký tên vào phần này, tôi tuyên bố rằng tôi đang cung cấp thông tin trung thực, theo hiểu biết tốt nhất của mình, và tôi tự chứng thực thu nhập (hoặc không có thu nhập) được nêu trong phần hộ gia đình/thu nhập ở trên.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_

Người làm chứng: \_\_\_\_\_ Tên viết hoa: \_\_\_\_\_

Theo đây, tôi yêu cầu Bệnh viện AltaPointe Health Outpatient, BayPointe hoặc EastPointe hoặc Accordia Health xác định khả năng đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ của Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu. Bằng văn bản này, tôi chứng thực rằng tôi không được bảo hiểm bởi bất kỳ hình thức bảo hiểm thuốc theo toa nào cũng như không được bảo hiểm bởi bất kỳ hình thức bảo hiểm y tế nào do chính phủ tài trợ, bao gồm các phúc lợi Medicare, Medicaid, VA hoặc bảo hiểm khác.

Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi gửi liên quan đến thu nhập hàng năm và quy mô hộ gia đình/gia đình của tôi sẽ được tổ chức này xác minh và được các cơ quan thực thi tiểu bang và/hoặc liên bang và những cơ quan khác xem xét theo yêu cầu. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp trong tài liệu này là nhằm mục đích xác định khả năng đủ điều kiện tham gia Chương trình Giảm phí theo Thang đối chiếu và thông tin sai lệch hoặc không đầy đủ sẽ khiến tôi không đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

Nếu tình hình tài chính của tôi thay đổi trong năm tới, tôi sẽ báo cáo những thay đổi này cho Bệnh viện AltaPointe Health Outpatient, BayPointe hoặc EastPointe hoặc Accordia Health ngay lập tức.

Viết hoa tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Bệnh nhân/Người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_

Người làm chứng: \_\_\_\_\_ Tên viết hoa: \_\_\_\_\_

For Finance & Accounting Use Only:

Date Reviewed: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Approved

Denied

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Reason for Denial: \_\_\_\_\_

AltaPointe Health Percentage: \_\_\_\_\_

% Accordia Health Slide: \_\_\_\_\_

Dispensary of Hope Eligible: Yes  Date: \_\_\_\_\_

No  Reason: \_\_\_\_\_

Patient/Guardian notified: Yes  Date: \_\_\_\_\_

No  Reason: \_\_\_\_\_