

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham**

Quý vị vui lòng in ra và điền tất cả các mục áp dụng với mình trong của đơn đăng ký. **Quý vị không được hoàn thành đơn này dưới dạng điện tử.** Vui lòng đọc tất cả các hướng dẫn trước khi điền đơn.

Đơn này được sử dụng để đánh giá điều kiện hội đủ của quý vị để nhận hỗ trợ tài chính đối với các hóa đơn y tế từ các nhà cung cấp dịch vụ của Mass General Brigham. Quý vị có thể sử dụng đơn này để xin trợ giúp về các hóa đơn chăm sóc sức khỏe từ bất kỳ cơ quan nào sau đây của Mass General Brigham:

|                                                         |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Massachusetts General Hospital                          | Massachusetts General Physicians Organization (Tổ chức Bác sĩ Đa khoa Massachusetts) |
| Brigham and Women's Hospital                            | Brigham and Women's Physicians Organization                                          |
| Salem Hospital                                          | North Shore Physicians Group (Nhóm Bác sĩ North Shore)                               |
| Newton-Wellesley Hospital                               | Newton-Wellesley Medical Group (Nhóm Y tế Newton-Wellesley)                          |
| Brigham and Women's Faulkner Hospital                   | Martha's Vineyard Hospital                                                           |
| Mass Eye and Ear                                        | Mass Eye and Ear Associates                                                          |
| Nantucket Cottage Hospital                              | Nantucket Cottage Medical Group (Nhóm Y tế Nantucket Cottage)                        |
| Cooley-Dickinson Hospital                               | Cooley-Dickinson Medical Group (Nhóm Y tế Cooley-Dickinson)                          |
| Spaulding Rehabilitation (Phục hồi Chức năng Spaulding) | McLean Hospital                                                                      |
| Wentworth-Douglass Hospital                             | Wentworth Health Associates (Hiệp hội Y tế Wentworth)                                |

Hỗ trợ Tài chính Mass General Brigham không được coi là sự thay thế cho việc ghi danh vào bất kỳ chương trình bảo hiểm y tế hoặc kế hoạch hỗ trợ hiện có nào. Mặc dù chương trình đài thọ cho tất cả các Dịch vụ Cần thiết Về mặt Y tế, các khoản giảm giá sẽ khác nhau tùy thuộc vào loại dịch vụ được cung cấp và địa điểm mà dịch vụ chăm sóc được cung cấp. Vui lòng tham khảo chính sách đầy đủ trên trang web của chúng tôi để biết thông tin chi tiết về những gì được đài thọ. Sau đây là danh sách một phần các dịch vụ thường bị loại trừ.

- Từ chối Ngoài mạng lưới
- Phẫu thuật Thẩm mỹ
- Dịch vụ Hiếm muộn (ART & IVF)
- Hầu hết các dịch vụ chăm sóc không cần thiết về mặt y tế bao gồm Dịch vụ Phẫu thuật Nối tắt Dạ dày
- Vật dụng Tiện lợi cho Bệnh nhân bao gồm các tiện ích cao cấp
- Các dịch vụ được chỉ định là "Tự Thanh Toán"

**Việc không đăng ký chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có thể đủ điều kiện có thể dẫn đến việc đơn đăng ký của quý vị bị trì hoãn hoặc bị từ chối.** Nếu quý vị cần trợ giúp để đăng ký các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong những Cố vấn Tài chính của Mass General Brigham có thể trợ giúp.

Quý vị phải tiết lộ đầy đủ mọi tùy chọn bảo hiểm khác, yêu cầu trách nhiệm của bên thứ ba, bảo hiểm xe cơ giới hoặc bảo hiểm bồi thường cho người lao động để được xem xét.

## Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, quý vị vui lòng liên hệ với [Bộ phận Dịch vụ Tài chính Bệnh Nhân](#) tại bệnh viện của quý vị hoặc gọi số (617) 726-3884.

### Danh sách kiểm tra đơn đăng ký

- ☐ Hoàn thành tất cả các mục phù hợp của đơn đăng ký- từng mục sẽ cho biết liệu quý vị có thể để trống nó hay không.
- ☐ Gửi kèm bản sao bằng lái xe, giấy tờ tùy thân khác có ảnh hoặc các tài liệu xác minh nơi ở hiện tại của quý vị. Bất cứ thứ gì được gửi đều phải bao gồm tên của quý vị (Mục 1).
- ☐ Gửi kèm một số hình thức xác minh thu nhập (Mục 3 và Mục 4).
  - Gửi kèm bản sao IRS 1040 hoặc 1040A gần đây nhất của quý vị
  - Nếu có sự thay đổi gần đây trong thu nhập của mình, quý vị hãy gửi kèm tài liệu như cuống séc gần đây (tối thiểu 4 cái), báo cáo thất nghiệp, sao kê ngân hàng/đầu tư và/hoặc báo cáo an sinh xã hội.
- ☐ Nếu gia đình của quý vị vượt quá 300% của Mức Chuẩn Nghèo về Thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ (FPL) hiện tại, thì quý vị cũng phải hoàn thành Mục 5. Quý vị vượt quá 300% FPL nếu thu nhập của quý vị vượt quá các giới hạn sau:
  - Vui lòng xem năm hiện tại hoặc quy mô gia đình bổ sung trong Hướng dẫn về Mức Nghèo Liên bang tại trang web sau; <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- ☐ Tài sản có thể được sử dụng để xác định khả năng thanh toán các hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị sẽ cần cung cấp thông tin về tài sản của mình nếu bất kỳ điều nào sau đây đúng với cho quý vị (Mục 6):
  - Nơi thường trú của quý vị ở bên ngoài Hoa Kỳ
  - Quý vị đang yêu cầu giảm giá cho một dịch vụ thường không đủ điều kiện (ví dụ: dịch vụ chăm sóc liên quan đến trường hợp không phải cấp cứu, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ)
  - Quý vị đang yêu cầu giảm giá tại McLean Hospital, Mass General Brigham HealthCare tại Nhà hoặc một cơ sở thuộc Spaulding Network (Mạng lưới Spaulding).
- ☐ Trực tiếp gửi lại các đơn đăng ký đã hoàn thành cho một trong những Cố vấn Tài chính cho Bệnh nhân MGB HOẶC gửi thư bưu điện đến:

Mass General Brigham  
Patient Billing Solutions  
399 Revolution Drive, Suite 410  
Somerville, MA 02145-1462

**Để đảm bảo đơn của quý vị được xét duyệt nhanh chóng, vui lòng hoàn thành tất cả các mục trừ khi có chỉ định khác. Quá trình xử lý đơn đăng ký sẽ bị trì hoãn nếu quý vị thiếu thông tin hoặc tài liệu cần thiết.**

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham****1. Thông tin Cơ bản**

Vui lòng điền vào mục này về người nộp đơn. Người nộp đơn là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân.

**Tài liệu Bắt buộc:** Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh nơi cư trú: bằng lái xe, giấy tờ tùy thân khác có ảnh hoặc các giấy tờ chứng minh chỗ ở hiện tại của quý vị. Bất cứ thứ gì được gửi phải bao gồm tên của quý vị.

|                                                                                 |                                                                                    |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Họ</b>                                                                       | <b>Tên</b>                                                                         | <b>Chữ đầu Tên đệm</b> |
| <b>Ngày sinh</b>                                                                | <b>Giới tính</b><br>Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>       |                        |
| <b>Số điện thoại</b><br>Nhà riêng: (     )<br>Cơ quan: (     )<br>ĐTDD: (     ) | <b>Địa chỉ gửi thư</b> (bao gồm thành phố, tiểu bang và mã zip)                    |                        |
| <b>Tên bệnh nhân</b> (nếu khác với tên người nộp đơn)                           | <b>Ngày của bệnh nhân làm dịch vụ</b> (bao gồm địa điểm nơi dịch vụ được cung cấp) |                        |
| <b>Ngày sinh của bệnh nhân</b> (nếu khác với người nộp đơn)                     |                                                                                    |                        |
| <b>Mã số Hồ sơ Y tế của Bệnh nhân (MRN) và Số Tài khoản</b> (sao kê)            |                                                                                    |                        |

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham****2. Thông tin Gia đình**

Nếu có thể, vui lòng liệt kê vợ/chồng và con cái dưới 19 tuổi của người nộp đơn đang sống cùng với người nộp đơn. Mục này có thể được để trống nếu người nộp đơn không sống cùng với vợ/chồng hoặc con cái.

| Tên của thành viên gia đình | Mối quan hệ | Ngày sinh |
|-----------------------------|-------------|-----------|
|                             |             |           |
|                             |             |           |
|                             |             |           |
|                             |             |           |
|                             |             |           |

**3. Thu nhập Kiểm được**

Vui lòng điền vào phần này về thu nhập kiểm được của người nộp đơn và từng thành viên gia đình được liệt kê trong Mục 2 đang đi làm. **Vui lòng liệt kê tổng thu nhập, là thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ.** Mục này có thể được để trống nếu người nộp đơn và các thành viên trong gia đình của họ không có bất kỳ thu nhập kiểm được nào.

**Tài liệu Cần thiết:** Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh thu nhập này: cuống phiếu lương, thuế thu nhập, bảng sao kê W2, bảng sao kê ngân hàng hoặc bằng chứng khác.

| Tên của thành viên gia đình đang đi làm | Tên và địa chỉ của chủ lao động | Tổng số tiền kiểm được | Tần suất chọn một                                                                                              | Sử dụng tại cơ sở |
|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                         |                                 |                        | <input type="checkbox"/> Hàng tuần<br><input type="checkbox"/> Hàng tháng<br><input type="checkbox"/> Hàng năm |                   |
|                                         |                                 |                        | <input type="checkbox"/> Hàng tuần<br><input type="checkbox"/> Hàng tháng<br><input type="checkbox"/> Hàng năm |                   |
|                                         |                                 |                        | <input type="checkbox"/> Hàng tuần<br><input type="checkbox"/> Hàng tháng<br><input type="checkbox"/> Hàng năm |                   |
|                                         |                                 |                        | <input type="checkbox"/> Hàng tuần<br><input type="checkbox"/> Hàng tháng<br><input type="checkbox"/> Hàng năm |                   |

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham****4. Thu nhập khác**

Vui lòng điền vào mục này thu nhập khác của người nộp đơn và từng thành viên trong gia đình được liệt kê trong Mục 2 mà nhận được thu nhập khác. Thu nhập khác là tiền quý vị nhận được mà không phải từ chủ lao động. **Vui lòng liệt kê tổng thu nhập, là thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ.** Mục này có thể được để trống nếu người nộp đơn và các thành viên trong gia đình của họ không có bất kỳ thu nhập nào khác.

**Tài liệu Cần thiết:** Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh thu nhập này: cuống phiếu lương, thuế thu nhập, bảng sao kê W2, bảng sao kê ngân hàng hoặc bằng chứng khác.

| Loại thu nhập                | (Các) thành viên gia đình nhận được thu nhập | Tổng số tiền nhận được | Tần suất<br><i>khoanh một lựa chọn</i> | Sử dụng tại cơ sở |
|------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------|
| Thất nghiệp                  |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| An ninh Xã hội               |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Trợ cấp Cựu chiến binh       |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Niên kim và lương hưu        |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Cấp dưỡng & Hỗ trợ nuôi con  |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Thu nhập cho thuê            |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Bồi thường Người lao động    |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Thu nhập từ Cổ tức & Lợi tức |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |
| Khác                         |                                              |                        | Hàng tuần, hàng tháng, hàng năm        |                   |

**5. Các Chi phí Chăm sóc Sức khỏe Khác**

Mục này có thể không áp dụng cho quý vị. Vui lòng chỉ hoàn thành mục này nếu thu nhập của gia đình quý vị cao hơn 300% so với Mức Chuẩn Nghèo về Thu nhập của Liên bang (như được nêu ở trang 2).

Nếu quý vị vượt quá 300% Mức Chuẩn Nghèo về Thu nhập của Liên bang, quý vị cần liệt kê các chi phí chăm sóc sức khỏe từ các địa điểm không được liệt kê trên trang 1 (tức là các cơ sở không phải Mass General Brigham HealthCare). Mục này có thể được để trống nếu thu nhập gia đình của quý vị dưới 300% hoặc nếu quý vị không có chi phí chăm sóc sức khỏe từ các cơ sở bên ngoài MGB HealthCare. Tài liệu có thể được yêu cầu nhưng không bắt buộc tại thời điểm này.

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham**

| Chi phí y tế      | Tổng Số tiền | Tần suất                           | Sử dụng tại cơ sở<br><i>Tổng Chi phí</i> |
|-------------------|--------------|------------------------------------|------------------------------------------|
| Hóa đơn Y tế      |              | Hàng tuần, hàng tháng,<br>hàng năm |                                          |
| Hóa đơn Nhà thuốc |              | Hàng tuần, hàng tháng,<br>hàng năm |                                          |

**6. Thông tin Tài sản**

Mục này có thể không áp dụng cho quý vị. Vui lòng chỉ hoàn thành mục này **NẾU**:

- Nơi thường trú của quý vị ở bên ngoài Hoa Kỳ **HOẶC**
- Quý vị đang yêu cầu giảm giá cho dịch vụ chăm sóc liên quan đến trường hợp không phải cấp cứu, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ. Bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc liên quan đến trường hợp không phải cấp cứu được cung cấp tại tổ chức thuộc Spaulding Network (mạng lưới Spaulding) hoặc McLean Hospital không cần cung cấp thông tin tài sản.

Mục này có thể được để trống nếu quý vị không thuộc bất kỳ nhóm nào được liệt kê ở trên.

**Tài liệu Cần thiết:** Vui lòng gửi kèm tài liệu xác minh thu nhập này: sao kê ngân hàng hoặc bằng chứng khác.

**Quý vị không cần phải gửi kèm nơi ở chính của mình (nơi quý vị sống)**

| Tài sản                                | (Các) chủ sở hữu | Tên ngân hàng hoặc công ty | Giá trị tiền mặt |
|----------------------------------------|------------------|----------------------------|------------------|
| Tài khoản Tiết kiệm                    |                  |                            |                  |
| Tài khoản Thanh toán                   |                  |                            |                  |
| Tài khoản Liên minh Tín dụng           |                  |                            |                  |
| Quỹ ủy thác                            |                  |                            |                  |
| Cổ phiếu/Trái phiếu                    |                  |                            |                  |
| Tài khoản Thị trường Tiền tệ           |                  |                            |                  |
| Quỹ Tương hỗ                           |                  |                            |                  |
| Bất động sản thương mại<br>hoặc đầu tư |                  |                            |                  |
| Khác                                   |                  |                            |                  |

**Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính của Mass General Brigham****7. Ủy quyền**

Vui lòng đọc kỹ mục này và ký tên ở phía dưới.

Tất cả thông tin trong đơn này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý cung cấp tài liệu bổ sung theo yêu cầu. **Tôi hiểu rằng thông tin bảo mật này sẽ không thể được tiết lộ cho bất kỳ bên nào ngoài Mass General Brigham mà không có sự phê duyệt trước của tôi.**

---

Chữ ký của người nộp đơn

---

Ngày

*Nếu thay mặt người nộp đơn ký tên: Tất cả thông tin trong đơn này là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.*

---

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền

---

Ngày

---

Tên người đại diện được ủy quyền

---

Mối quan hệ với người nộp đơn

---

Số điện thoại liên hệ

**Trước khi gửi, vui lòng đảm bảo rằng quý vị đã hoàn thành tất cả các mục cần thiết của đơn này và gửi kèm tất cả các tài liệu được yêu cầu. Các đơn đăng ký không đầy đủ sẽ không được phê duyệt.**