118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511

Chương trình hỗ trợ tài chính

Chương trình hỗ trợ tài chính được thiết kế để giúp bạn với số dư trên Abbeville của bạn Chung Bill. Chương trình này dành cho tất cả các bệnh nhân Abbeville chung.

Nếu bạn quan tâm trong việc áp dụng để hỗ trợ tài chính, xin vui lòng hoàn thành tất cả các phần của kèm theo mẫu đơn và gửi các tài liệu mà được áp dụng như niêm yết trên trang sau. Bạn cũng có thể đi vào văn phòng và đăng ký hoặc cung cấp ứng dụng cùng với tài liệu của bạn.

Sau khi tôi nhận được các tài liệu, ứng dụng của bạn sẽ được xem xét. Việc xác định sẽ thực hiện dựa trên trình độ của bạn thu nhập. Tôi sẽ gửi cho bạn một lá thư với quyết định ứng dụng.

Vui lòng liên hệ trực tiếp với tôi nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc quan tâm.

***** Xin vui lòng cho chúng tôi biết nếu bạn quan tâm đến Medicaid, vì bạn sẽ cần một cuộc hẹn. Nếu quý vị có bảo hiểm, xin vui lòng cho chúng tôi biết.***

<u>Quay trở lại ứng dụng và tài liệu hỗ trợ để:</u>

Bệnh viện đa khoa Abbeville
Attn: Dịch vụ tài chính bệnh nhân
118 N. Bệnh viện Ổ
Abbeville, LA 70.510

118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511

Đơn đề nghị hỗ trợ tài chính

Thông tin bệnh nhân

Tên: _____ Ngày sinh: ____ / ____ / _____

Địa chỉ nhà: _____ An ninh xã hội #: _____-_____

_____ Điện thoại nhà: (_____) _____-_____

Thành phố / Tiểu bang / Zip: _____ Điện thoại di động:(_____) _____-_____

Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn
vòng tròn Selection

Chủ đầu tư: _____ Điện thoại: (_____) _____-_____

Chủ đầu tư phối ngẫu: _____ Điện thoại: (_____) _____-_____

Thông tin bảo lãnh

Bảo lãnh Giống Như Bệnh nhân: Có Không *vòng tròn Selection* Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Tên: _____

Địa chỉ nhà: _____ Điện thoại: (_____) _____-_____

_____Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn
vòng tròn Selection

Thành phố / Tiểu bang / Zip:_____

Chủ đầu tư: _____ Điện thoại: (_____) _____-_____

Quy mô gia đình:

Các thành viên của hộ gia đình

Tên	Mối quan hệ	Ngày sinh	Thu nhập hàng tháng
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____
_____	_____	____ / ____ / _____	_____.____

118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511

_____ _____ / ____ / _____ ____, _____.____

(Chương trình tiếp tục đến trang 2)

Đơn đề nghị hỗ trợ tài chính

Các tài liệu cần thiết

Federal Tax Return (1040) Đối với The Last Lịch Năm

Paycheck Ống For The gần đây nhất ba (3) tháng

An Sinh Xã Hội Lợi ích Thư

Khuyết tật Lợi ích Thư

Tỷ lệ thất nghiệp Lợi ích Thư

Bồi thường Letter Workman của

SNAP (Food Stamps) Thư

Hỗ trợ văn trẻ

cấp dưỡng Letter

Bằng chứng nhận dạng

Nếu bạn không có thu nhập của riêng bạn, một lá thư từ người cung cấp cho nhu cầu của bạn Đối với quá khứ năm đến nay

(Phải cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại trên Letter)

Bạn đã nộp đơn xin Medicaid Để trang trải chi phí y tế của bạn: Có Không vòng tròn Selection

Bạn sẽ xem xét áp dụng Đối với Medicaid: Có Không vòng tròn Selection

Nếu bạn đã bị từ chối Medicaid Hoặc Hỗ trợ công cộng khác, lý do gì đã được đưa ra?

_____

_____

Tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe render tại Abbeville chung. Tôi xác nhận rằng các dữ liệu nhất định là đầy đủ và chính xác theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ ký: _____ **Ngày:** ____/____/_____

"Truy cập Để Chất lượng chăm sóc Close To Home"

118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511

*** * * CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG * * ***

Thu nhập cho ba tháng qua lần thứ tư: ____, _____.____ Quy mô gia đình:

Tán thành **Lý do bị từ chối:** _____

Phủ định _____

vòng tròn Selection

118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511

TÔI, , Bên chịu trách nhiệm
(Bảo lãnh) (Kiên nhẫn)
đang cung cấp bằng chứng về iinformation sau để Abbeville chung:

1. Thu nhập của gia đình tôi trong ba tháng cuối cùng lần bốn (4) là
$

kích thước 2.Family được xác định bởi người phụ thuộc được xác định bởi mã doanh thu nội bộ là

Tôi hiểu rằng tuyên bố này đã được cung cấp cho các Sở Y tế Louisiana và
các bệnh viện trong mối liên hệ với các dịch vụ được cung cấp bởi Abbeville chung. Tôi hiểu rằng nếu tôi
hội đủ điều kiện cho chương trình này, chỉ có hóa đơn bệnh viện sẽ được trả và rằng tôi vẫn sẽ chịu trách nhiệm
bất kỳ hóa đơn liên quan đến dịch vụ này từ bất kỳ bác sĩ, bác sĩ X quang, dịch vụ bệnh lý vv

Theo hình phạt về tội khai man, tôi tuyên bố rằng tôi đã xem xét tuyên bố này, vì theo sự
kiến thức và niềm tin của tôi đó là sự thật, chính xác và đầy đủ.

Chữ ký: _____

Abbeville GENERAL
ACCESS TO QUALITY CARE CLOSE TO HOME

118 Bắc Bệnh viện Ổ
PO Box 580
Abbeville, LA 70.511