



118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Chương trình Hỗ trợ Tài chính

Chương trình Hỗ trợ Tài chính có mục đích giúp quý vị thanh toán số nợ còn lại trong Hóa đơn Abbeville General của quý vị. Chương trình này dành cho tất cả các Bệnh nhân của Abbeville General.

Nếu quý vị quan tâm đến việc xin hỗ trợ tài chính, vui lòng hoàn thành tất cả các phần của mẫu đơn được đính kèm theo đây và gửi các tài liệu liên quan được liệt kê trong trang sau. Quý vị cũng có thể tới văn phòng và đăng ký tham gia hoặc nộp đơn cùng với các tài liệu của quý vị.

Sau khi tôi nhận được các tài liệu đó, đơn xin hỗ trợ của quý vị sẽ được xem xét. Quyết định sẽ được đưa ra dựa trên mức thu nhập của quý vị. Tôi sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo về quyết định đối với đơn xin hỗ trợ của quý vị.

Vui lòng liên lạc trực tiếp với tôi nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc quan ngại nào.

**** Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị muốn tham gia Medicaid, vì quý vị sẽ cần đặt lịch hẹn.
Nếu quý vị có bảo hiểm, hãy cho chúng tôi biết.**

Gửi lại đơn xin hỗ trợ và các tài liệu liên quan cho:

**Abbeville General Hospital
Attn: Donna Alfred, Patient Financial Services
P. O. Box 580**

Financial Assistance Coordinator
Donna Alfred

This facility is an equal opportunity
provider and employer.

Office: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Email: donna.alfred@abbgen.net



"Access To Quality Care Close To Home"

118 N. Hospital Drive
Abbeville, LA 70510

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
Thông tin Bệnh nhân

Trang 1

Tên: _____

Ngày sinh: ____/____/____

Địa chỉ: _____

Số An Sinh Xã hội: _____ - _____ - _____

Điện thoại Nhà riêng: (____) _____ - _____

Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____

Điện thoại Di động: (____) _____ - _____

Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Kết hôn Đã Ly

hôn

Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp

Chủ lao động: _____

Điện thoại: (____) _____ - _____

Chủ lao động của Vợ/Chồng: _____

Điện thoại: (____) _____ - _____

Thông tin về Người Bảo lãnh

Người Bảo lãnh Cũng là Bệnh nhân: Có Không *Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp*

Quan hệ với Bệnh nhân: _____

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: (____) _____ - _____

Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Kết hôn Đã Ly hôn
Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp

Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____

Chủ lao động: _____

Điện thoại: (____) _____ - _____

Quy mô Gia đình:

Các Thành viên Hộ Gia đình

<u>Tên</u>	<u>Quan hệ</u>	<u>Ngày sinh</u>	<u>Thu nhập Hàng tháng</u>
_____	_____	____/____/____	____,____,____
_____	_____	____/____/____	____,____,____
_____	_____	____/____/____	____,____,____

Financial Assistance Coordinator
Donna Alfred

This facility is an equal opportunity
provider and employer.

Office: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Email: donna.alfred@abbgen.net



118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(Phần Tiếp theo của Đơn xin Hỗ trợ ở Trang 2)

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
Các Tài liệu Bắt buộc

Trang 2

Mẫu Khai Hoàn thuế Liên bang (1040) Của Năm Trước

Cuống Chi Phiếu lương Của Ba (3) Tháng Gần nhất

Thư Xác nhận Phúc lợi An sinh Xã hội

Thư Xác nhận Phúc lợi Khuyết Tật

Thư Xác nhận Phúc lợi Thất Nghiệp

Thư Xác nhận Quyền lợi Đền bù cho Người Lao động

Thư SNAP (Tem phiếu Thực phẩm)

Thư Cấp dưỡng Nuôi Con

Thư Trợ cấp cho Vợ/Chồng Cựu

Bảng chứng Nhận dạng

Nếu Quý vị Không có Thu nhập của Bản thân, Cần một Lá Thư Từ Người Chu cấp cho Quý vị từ Năm ngoái Đến Hiện tại

(Phải Đề Tên, Địa chỉ, Và Số Điện thoại Trong Thư)

Có phải Quý vị Đã Làm Đơn xin Tham gia Medicaid Để Trang trải Các Chi phí Y tế Không: Có Không Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp

Quý vị có Cần nhắc việc Nộp Đơn Xin Tham gia Medicaid Không: Có Không Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp

Nếu Quý vị Đã Bị Từ chối Medicaid Hoặc Chương trình Hỗ trợ Công cộng Khác, Lý do Họ Đưa ra Là Gì?

Tôi đang làm đơn xin Hỗ trợ Tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp tại Abbeville General.
Tôi xác nhận rằng số liệu mà tôi cung cấp là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Financial Assistance Coordinator
Donna Alfred

This facility is an equal opportunity
provider and employer.

Office: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506



Email: donna.alfred@abbgen.net

Chữ ký: _____

Ngày: ____/____/____

*** CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG ***

Thu nhập trong ba tháng qua nhân với bốn: _____ Quy mô gia đình: _____

Chấp thuận Lý do Từ chối: _____

Từ chối _____

Khoanh tròn Lựa chọn Phù hợp

Khai báo

Tôi, _____, là bên chịu trách nhiệm cho

(Người Bảo lãnh)

(Bệnh nhân)

cung cấp bằng chứng đối với các thông tin sau cho Abbeville General:

1. Thu nhập của gia đình tôi trong ba tháng gần nhất nhân với bốn (4) là \$ _____
2. Quy mô gia đình như được xác định bởi những người phụ thuộc được định nghĩa bởi bộ luật thuế vụ là _____

Tôi hiểu rằng lời khai này sẽ được cung cấp cho Louisiana Department of Health (Sở Y tế Louisiana) và các bệnh viện liên quan đến các dịch vụ được Abbeville General cung cấp. Tôi hiểu rằng nếu tôi đủ điều kiện tham gia chương trình này, thì chỉ các hóa đơn của bệnh viện sẽ được thanh toán và tôi vẫn phải chịu trách nhiệm trả bất kỳ hóa đơn nào liên quan đến dịch vụ này từ bất kỳ bác sĩ, chuyên gia quang tuyến, dịch vụ bệnh lý học nào, v.v.

Với hình phạt về tội khai man, tôi tuyên bố rằng tôi đã xem xét kỹ lời khai này, theo hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi rằng lời khai là đúng, chính xác và đầy đủ.

Financial Assistance Coordinator
Donna Alfred

This facility is an equal opportunity
provider and employer.

Office: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Email: donna.alfred@abbgen.net





118 North Hospital Drive
P. O. Box 580
Abbeville, LA 70511

Chữ ký: _____

Financial Assistance Coordinator
Donna Alfred

This facility is an equal opportunity
provider and employer.

Office: (337) 898-6593
Fax: (337) 898-6506

Email: donna.alfred@abbgen.net



"Access To Quality Care Close To Home"