

## HỖ TRỢ TÀI CHÍNH INOVA

Ngày (Date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IAH IFH IMVH IFOH ILH

Bệnh nhân (Patient) \_\_\_\_\_

Mã số Hồ sơ Y tế (MRN) \_\_\_\_\_

### KÍNH GỬI BỆNH NHÂN/NGƯỜI BẢO LÃNH:

Tôi đã nhận được **Mẫu Hồ trợ Tài chính Inova** của bạn. Để xử lý hồ sơ của bạn, chúng tôi cần có các thông tin sau.

**Cung cấp các hồ sơ chứng từ được chỉ định: (Tất cả các hồ sơ chứng từ áp dụng cho bạn. Vui lòng cung cấp bản sao, không phải bản chính)**

X **Bản sao** Hoàn thuế Thu nhập Liên bang 2018 cho **Bản thân, Vợ/chồng hoặc Bạn đời**  
(Vui lòng chỉ gửi 2 trang đầu các loại thuế của bạn- Mẫu 1040)

X **Bản sao** 2 Phiếu lương hiện hành cho **Bản thân, Vợ/chồng hoặc Bạn đời**.

- Nếu bạn được trả lương bằng tiền mặt, vui lòng cung cấp một thư **được công chứng** từ **chủ sử dụng lao động** của bạn có ghi rõ mức lương và số giờ làm việc, tên người sử dụng lao động, địa chỉ và số điện thoại.
- **Bảng chứng bất kỳ loại Thu nhập nào khác** được nhận bởi BẤT KỲ thành viên nào trong **Hộ gia đình/Gia đình**  
--- Thất nghiệp, An sinh Xã hội, Khuyết tật, Hưu trí, Hồ trợ Trẻ em hoặc Cấp dưỡng.
- Xác nhận Hồ trợ (Nếu bạn và vợ/chồng hoặc bạn đời không đi làm) (Bản có công chứng)
- Bảng chứng Cư trú (trong vòng 9 tháng trước ngày tiếp nhận dịch vụ)
- Tờ kê khai Thu nhập (Cung cấp bản kê khai từ đầu năm đến nay từ kế toán của bạn hoặc chứng từ được công chứng từ bạn)
- Khác

**Việc không nộp những hồ sơ chứng từ được yêu cầu sẽ dẫn đến quyết định TỪ CHỐI hồ sơ của bạn và bạn sẽ phải tự chịu trách nhiệm cho toàn bộ số dư.**

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào hoặc nếu bạn cần thêm thời gian để tập hợp hồ sơ chứng từ được yêu cầu, vui lòng gọi tới **571-423-5880**.

Nếu bạn muốn gửi xác nhận qua fax hơn; số fax của chúng tôi là **571-423-5886**.

**\*\* Khi chúng tôi nhận được xác nhận về thu nhập và quy mô gia đình, vui lòng chờ 30 ngày để xử lý tài khoản\*\***

===== **QUAN TRỌNG!** =====

**Đính kèm các chứng từ vào tờ này và trong vòng mười lăm (15) ngày, vui lòng gửi tới:**

**INOVA Health System  
Financial Aid Office  
2990 Telestar Court, 1<sup>st</sup> floor  
Falls Church, VA 22042**


**Nộp biểu mẫu đã hoàn thành đến:**

 Inova  
 2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

**Patient Accounts  
 Financial Assistance Form**
**Tài khoản Bệnh nhân  
 Mẫu Hỗ trợ Tài chính**

SỐ BỆNH ÁN/NGƯỜI BẢO LÃNH		NGÀY SỬ DỤNG DỊCH VỤ			SỐ TÀI KHOẢN				
TÊN BỆNH NHÂN – HỌ		TÊN		M.I.	SỐ AN SINH XÃ HỘI		NGÀY SINH CỦA BỆNH NHÂN		
ĐỊA CHỈ		SỐ CĂN HỘ	THÀNH PHỐ		TIỂU BANG	MÃ SỐ ZIP			
BẠN ĐÃ SINH SỐNG TẠI ĐỊA CHỈ NÀY ĐƯỢC BAO LÂU?							SỐ ĐIỆN THOẠI GIA ĐÌNH		
TÊN CÔNG TY		SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY		SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH		CÓ BẦU HAY KHÔNG?			
TÊN THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	GIỚI TÍNH	MỐI QUAN HỆ	TÊN THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	GIỚI TÍNH	MỐI QUAN HỆ
1.	/	/	/		3.	/	/	/	
2.	/	/	/		4.	/	/	/	

**Số thu nhập và các nguồn thu nhập của gia đình?** (Bao gồm tiền lương/thu nhập từ bất kỳ nguồn nào của bệnh nhân và vợ/chồng, cha mẹ, nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

	\$	Vui lòng Khoanh tròn vào Mã Thu nhập					\$	Vui lòng Khoanh tròn vào Mã Thu nhập			
		W	2W	M	A			W	2W	M	A
1. Lương	\$					8. Khác	\$				
2. Các loại lương khác	\$						\$				
3. Trợ cấp Cứu trợ Tổng quát	\$					1. Thu nhập An sinh Bổ sung	\$				
4. Phúc lợi An sinh Xã hội và Phúc lợi Tàn tật	\$					2. Các Khoản Vay/Trợ cấp cho việc Học tập của Học sinh	\$				
5. Trợ cấp cho Trẻ em Phụ thuộc	\$					3. Các Quyền Liên bang	\$				
6. Cấp dưỡng/Hỗ trợ Nuôi con	\$					4. Khác	\$				
7. Thu nhập Thất nghiệp	\$										

**Mã Thu nhập: W = Hàng tuần 2W = hai tuần một lần M = Hàng tháng A = Hàng năm**

Chuyển thăm này có liên quan đến: Tai nạn phương tiện có động cơ không?  Có (Yes)  Không (No) Có ảnh hưởng đến công việc của bạn không?  Có (Yes)  Không (No)

Tôi xác nhận rằng các điều nêu trên đây là đúng và chính xác theo sự hiểu biết và niềm tin của tôi. Tôi hiểu rằng bệnh viện sẽ yêu cầu CHỨNG MINH THU NHẬP (báo cáo tín dụng, bản khai thu nhập cá nhân, bảng lương, xác định khuyết tật, vv) và tôi cho phép Cơ quan Tín dụng Equifax và/hoặc các cơ quan Dịch vụ Xã hội tiết lộ thông tin cần thiết để hoàn thành quá trình đăng ký. Ngoài ra, tôi sẽ làm đơn xin trợ cấp (Medicaid, Medicare, Bảo hiểm, vv) để thanh toán viện phí của mình. Tôi sẽ thực hiện bất kỳ hoạt động nào hợp lý để xin được các hình thức trợ giúp đó và sẽ phân chia hoặc thanh toán cho bệnh viện số tiền có được cho các khoản viện phí. Nếu bất kỳ thông tin nào tôi đưa ra được chứng minh là không đúng sự thật, tôi hiểu rằng bệnh viện có thể đánh giá lại tình trạng tài chính của tôi và thực hiện bất cứ hành động nào phù hợp.

**Tài liệu hỗ trợ phải được nộp trong vòng mười lăm (15) ngày để đơn này được xem xét.**

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN:

NGÀY YẾU CẦU:

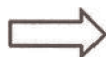
TỔNG THU NHẬP CÓ THỂ TÍNH: \$

**KHÔNG VIẾT VÀO KHU VỰC NÀY, CHỈ DÀNH CHO MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG CHÍNH THỨC!**

TỔNG THU NHẬP CÓ THỂ TÍNH: \$

	100%	250%	400%	500%
1	\$12,490	\$31,225	\$49,960	\$62,450
2	\$16,910	\$42,275	\$67,640	\$84,550
3	\$21,330	\$53,325	\$85,320	\$106,650
4	\$25,750	\$64,375	\$103,000	\$128,750
5	\$30,170	\$75,425	\$120,680	\$150,850
6	\$34,590	\$86,475	\$138,360	\$172,950
7	\$39,010	\$97,525	\$156,040	\$195,050
8	\$43,430	\$108,575	\$173,720	\$217,150
9	\$47,850	\$119,625	\$191,400	\$239,250
10	\$52,270	\$130,675	\$209,080	\$261,350

**Lưu ý: Đối với các gia đình/hộ gia đình có trên 8 người, hãy cộng thêm \$4.320 cho mỗi người thêm.**


**LÊN TRÊN**


**Nếu thất nghiệp, vui lòng cung cấp các nguồn và tổng số thu nhập trước đây của gia đình vào bên dưới:**

Nguồn: \_\_\_\_\_

Lượng: \_\_\_\_\_

<p>TỔNG số dư trong tài khoản kiểm tra, tài khoản tiết kiệm, chứng chỉ tiền gửi và/hoặc tài khoản chứng khoán của bạn là bao nhiêu?</p>	<p>Tổng: _____</p>									
<p>Bạn có tài khoản hưu trí cá nhân nào không? (IRA, 401(k), 401(b), Keogh)</p>	<p><input type="checkbox"/> Có; giá trị hiện tại là: _____ (Yes; the current value is)</p> <p><input type="checkbox"/> Không (No)</p>									
<p>Bạn có sở hữu chiếc ô tô nào không? <input type="checkbox"/> Có (Yes) <input type="checkbox"/> Không; nếu Có: (No; if Yes)</p> <table border="0"> <tr> <td>#1 NĂM _____</td> <td>#2 NĂM _____</td> <td>#3 NĂM _____</td> </tr> <tr> <td>HÃNG SẢN XUẤT _____</td> <td>HÃNG SẢN XUẤT _____</td> <td>HÃNG SẢN XUẤT _____</td> </tr> <tr> <td>MẪU _____</td> <td>MẪU _____</td> <td>MẪU _____</td> </tr> </table>	#1 NĂM _____	#2 NĂM _____	#3 NĂM _____	HÃNG SẢN XUẤT _____	HÃNG SẢN XUẤT _____	HÃNG SẢN XUẤT _____	MẪU _____	MẪU _____	MẪU _____	<p>#1 Giá trị: \$ _____ Thanh toán: \$ _____ Số dư nợ: \$ _____</p> <p>#2 Giá trị: \$ _____ Thanh toán: \$ _____ Số dư nợ: \$ _____</p> <p>#3 Giá trị: \$ _____ Thanh toán: \$ _____ Số dư nợ: \$ _____</p>
#1 NĂM _____	#2 NĂM _____	#3 NĂM _____								
HÃNG SẢN XUẤT _____	HÃNG SẢN XUẤT _____	HÃNG SẢN XUẤT _____								
MẪU _____	MẪU _____	MẪU _____								
<p>Bạn có khoản thu nhập nào từ lãi, cổ tức hoặc đầu tư không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Có; lượng tổng: _____ (Yes; the total amount is)</p> <p><input type="checkbox"/> Không (No)</p>									
<p>Bạn: <input type="checkbox"/> Có nhà <input type="checkbox"/> Thuê nhà? (Own your home) (Rent your home?)</p> <p>Nếu không: bạn sống ở đâu hoặc sống cùng với ai? _____</p>	<p>Nếu bạn <u>CÓ</u> nhà: Giá trị Hiện tại: \$ _____</p> <p>Tiền thanh toán/Tiền thuê Hàng tháng \$ _____</p>									
<p>Thời gian Cư trú 9 tháng đã được xác nhận <input type="checkbox"/> (9 Month Residency Verified)</p>										

## Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

<b>Spanish</b>	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
<b>Korean</b>	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
<b>Vietnamese</b>	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
<b>Chinese</b>	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
<b>Arabic</b>	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
<b>Tagalog</b>	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalam sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
<b>Farsi</b>	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
<b>Amharic</b>	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
<b>Urdu</b>	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
<b>French</b>	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
<b>Russian</b>	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
<b>Hindi</b>	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
<b>German</b>	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
<b>Bengali</b>	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
<b>Kru (Bassa)</b>	Tò Dòù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jǔ ké m̩ dyi Gòdǝ̀-̀wùdù (Bàsò̀-̀wùdù) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi n̩ à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mó n̩ à gbo ní, m̩ me nyue b̩ é à kùà-nyò b̩ é kée dýí dyuò, ké à kè m̩ kè mue jè c̩èin nòmò dýiin.
<b>Ibo</b>	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
<b>Yoruba</b>	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn işe iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.