

Xin cảm ơn quý vị vì đã quan tâm đến Allina Partners Care (APC). APC là chương trình hỗ trợ tài chính thông qua Allina Health để hỗ trợ quý vị chi trả hóa đơn y tế tại Allina Health. Đính kèm là mẫu đơn đăng ký APC. Vui lòng ghi nhớ những điều sau khi điền đơn đăng ký.

- APC không phải là bảo hiểm y tế mà chỉ là chương trình hỗ trợ tài chính để chi trả hóa đơn của Allina Health. Vì không phải là chương trình bảo hiểm y tế nên APC chỉ đài thọ các dịch vụ y tế cần thiết được lập hóa đơn trực tiếp thông qua Allina Health. Điều này có nghĩa là chương trình này chỉ hỗ trợ các chi phí tại các cơ sở của Allina Health cũng như các chi phí phát sinh từ các bác sĩ làm việc lại Allina Health.
- Khi điền đơn đăng ký, quý vị cần cung cấp chương trình bảo hiểm hiện tại, thu nhập, thông tin tài sản dù cho tình hình đã thay đổi kể từ khi quý vị nhận được hóa đơn từ Allina Health. Tình trạng hội đủ điều kiện cho APC dựa trên tài sản và thu nhập gia đình hằng năm của quý vị.
- **Vui lòng gửi bản sao nhìn rõ hồ sơ của quý vị. Chúng tôi sẽ không trả lại bản gốc. Nếu quý vị nộp tài liệu trực tuyến, chúng tôi có thể không sử dụng được nếu tài liệu có độ phân giải thấp. Ảnh chụp tài liệu không được chấp nhận.**
- Không dùng ghim bấm trong bất kỳ tài liệu nào.

| Vui lòng sử dụng bảng dưới đây làm danh sách kiểm tra để hoàn thành đơn đăng ký đính kèm. | |
|--|---|
| Mục 1 Thông Tin Người Nộp Đơn | <input type="checkbox"/> Đơn đăng ký phải được điền đầy đủ - Phải điền toàn bộ ô trống. <input type="checkbox"/> Thông tin trong đơn đăng ký và trong tài liệu hỗ trợ phải TRÙNG KHỚP! <input type="checkbox"/> Đơn đăng ký phải được ký và ghi thời gian bởi người nộp đơn và vợ/chồng hoặc người có quan hệ thân mật (xem mục 2). |
| Mục 2 Người Phụ Thuộc | <input type="checkbox"/> Người phụ thuộc trên 18 tuổi sẽ chỉ được tính xét khi tính vào quy mô hộ gia đình nếu người đó có tên trong tờ khai thuế năm trước. <i>Vui lòng liệt kê những người này trong đơn đăng ký với tư cách là người phụ thuộc.</i> Người con đã đủ 18 tuổi cần đăng ký Allina Partners Care riêng. <input type="checkbox"/> Nếu quý vị đang sống cùng người có quan hệ thân mật và đã có con chung, chúng tôi sẽ tính thu nhập của quý vị là thu nhập hộ gia đình. Vui lòng điền thông tin người có quan hệ thân mật và người con này vào đơn đăng ký và cung cấp đầy đủ hồ sơ tài chính chứng minh. |
| Mục 3 Bảng Chứng Có Bảo Hiểm | <input type="checkbox"/> Nếu bất kỳ ai có tên trong đơn đăng ký đang có chương trình bảo hiểm y tế, vui lòng ghi rõ và gửi kèm bản sao hai mặt của thẻ bảo hiểm y tế. <input type="checkbox"/> Nếu bất kỳ ai có tên trong đơn đăng ký không được bảo hiểm, họ cần đăng ký Medical Assistance (Hỗ Trợ Y Tế)/MNCare và gửi lại cho chúng tôi thư báo kết quả đăng ký. |
| Mục 4 Bảng Chứng về Số Dư Tài Sản Thanh Khoản | <input type="checkbox"/> Sao kê ngân hàng, cổ phiếu/trái phiếu, CD (chứng chỉ tiền gửi), tài khoản thị trường tiền tệ. <input type="checkbox"/> Vui lòng gửi sao kê đầy đủ hằng tháng. Sao kê phải bao gồm tên của quý vị, tên tổ chức, tất cả các giao dịch, số dư hiện tại và ngày. Bản tóm tắt tài khoản ngân hàng của quý vị không được chấp nhận. Thông tin trong Mục 4 phải trùng khớp với những gì có tài liệu hỗ trợ của quý vị. |
| Mục 5, 6, 7, 8 Bảng Chứng Thu Nhập * Gửi bản sao của tất cả tài liệu phụ hợp | <input type="checkbox"/> Bản sao của 2 cuống phiếu lương gần nhất hoặc bản sao kê của chủ lao động liệt kê 2 tháng lương của quý vị (nếu có việc làm). <input type="checkbox"/> Tờ khai thuế liên bang năm trước. <input type="checkbox"/> Nếu người nộp đơn hoàn toàn không có thu nhập thì họ phải điền một bản tuyên bố hỗ trợ - Hãy gọi đến văn phòng của chúng tôi để nhận một bản sao nếu cần. <input type="checkbox"/> Chúng tôi cần có tài liệu hỗ trợ cho bất kỳ thu nhập nào được liệt kê trong các mục này. <input type="checkbox"/> Nếu đã nghỉ hưu và nhận phúc lợi An Sinh Xã Hội, lương hưu hoặc niên kim, vui lòng liệt kê thông tin đó trong Mục 7 và gửi bằng chứng về tổng thu nhập. Sao kê ngân hàng thể hiện tiền gửi rỗng không được tính là bằng chứng thu nhập. |

Nếu quý vị không chắc chắn về những tài liệu cần gửi kèm với đơn đăng ký hoặc cần bất kỳ trợ giúp nào khác về đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số điện thoại ở trên. Quý vị có thể tải xuống bản sao của đơn đăng ký này bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Somali tại www.allinahealth.org/financialassistance.

Trân trọng,

Chuyên Gia Allina Partners Care của quý vị

Allina Partners Care

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu này. Nếu không, quý vị sẽ được yêu cầu điền lại một biểu mẫu khác. **Viết bằng mực đen nếu có thể.**

1. NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH (Nếu đăng ký cho trẻ nhỏ, điền tên CỦA QUÝ VỊ tại đây và điền tên trẻ trong phần người phụ thuộc ở Mục 2 bên dưới).

| | | | | | |
|--|--------------------|--------------------------------|-----------|-------------------|---------------------|
| TÊN | TÊN ĐỆM (VIẾT TẮT) | HỌ | NGÀY SINH | GIỚI TÍNH | TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN |
| ĐỊA CHỈ | | THÀNH PHỐ | | TỈNH BANG | MÃ ZIP |
| Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | NẾU CÓ, ĐIỀN SỐ AN SINH XÃ HỘI | | SỐ ĐIỆN THOẠI BÀN | SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC |

2. NHỮNG NGƯỜI SỐNG CÙNG QUÝ VỊ Quý vị có sống cùng vợ/chồng và/hoặc người phụ thuộc không? Không Có - Điền thông tin bên dưới

* Chúng tôi cần xem xét toàn bộ thành viên gia đình của quý vị khi duyệt xét tham gia chương trình Allina Partners Care. Nếu quý vị đang sống với một người có quan hệ gần gũi và có con chung, quý vị nên điền thông tin của con vào dưới đây và bao gồm tất cả thông tin tài chính của các con.

| TÊN (Tên, Tên Đệm Viết Tắt, Họ) | Ngày Sinh | Mối Quan Hệ Với Người Nộp Đơn | Quý vị là Công Dân Hoa Kỳ hay Người Có Quốc Tịch Hoa Kỳ? (Chỉ điền phần 2b nếu / KHÔNG) | 2b Tình Trạng Nhập Cư? | 2b Tên Người Bảo Lãnh |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------|---|---------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | |

** TÀI LIỆU BẢO HIỂM Y TẾ BẮT BUỘC:

• Nếu bất kỳ ai có tên trong đơn đăng ký này không có bảo hiểm y tế (Medical Assistance, MNCare, BadgerCare, Medicare hoặc bảo hiểm khác), vui lòng giải thích lý do tại sao quý vị hoặc người đó không có bảo hiểm. Chúng tôi cũng sẽ cần thư quyết định hợp lệ từ MNCare đối với bất kỳ thành viên gia đình nào không có bảo hiểm hoặc tài liệu về việc miễn trừ các quy định của Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Tội Tiên. Vui lòng gửi kèm theo bản sao thẻ y tế của quý vị.

3. THÔNG TIN BẢO HIỂM Y TẾ Vui lòng trả lời các câu hỏi sau dành cho quý vị cũng như những người quý vị đã liệt kê trong mục 2.

Vui lòng giải thích lý do tại sao quý vị hoặc thành viên gia đình không có bảo hiểm; thư xác định hiện hành và hợp lệ từ MNCare cho người đó hoặc tài liệu về việc miễn trừ khỏi các quy định của đạo luật chăm sóc sức khỏe hợp tội tiên.

| | |
|---|---|
| a. Quý vị có Medicare không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B | Vợ/Chồng/Người có quan hệ gần gũi của quý vị có Medicare không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Phần A <input type="checkbox"/> Phần B |
| b. Liệt kê các chương trình bảo hiểm y tế hiện tại của từng thành viên gia đình có tên ở trên: (Ví dụ: Jane Doe có bảo hiểm Blue Cross Blue Shield) | (Điền Thông Tin Bảo Hiểm Tại Đây) |
| c. Nếu bất kỳ thành viên gia đình nào ở trên không có bảo hiểm y tế, hãy giải thích ngắn gọn lý do. | (Giải Thích) |

Vui lòng gửi kèm bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm liệt kê từng người được bảo hiểm đó chi trả.

**TÀI LIỆU XÁC MINH TÀI SẢN BẮT BUỘC:

• Quý vị phải cung cấp (các) bản sao kê gần đây nhất hiện thị lịch sử giao dịch của quý vị và số dư hiện tại để xác minh số dư/giá trị của từng tài sản được liệt kê bên dưới. Mỗi bản sao kê phải xác định rõ ràng quý vị là chủ sở hữu của tài sản. *Điền từng cột cho mọi tài sản -- Vui lòng xem ví dụ bên dưới.

4. QUÝ VỊ (HOẶC VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ GẦN GŨI, NẾU CÓ) CÓ BẤT KỲ LOẠI TÀI KHOẢN HOẶC TÀI SẢN NÀO SAU ĐÂY KHÔNG?

Tài khoản thanh toán Tài khoản tiết kiệm Thẻ Ghi Nợ Trả Trước Cổ phiếu/trái phiếu Chứng Chỉ Tiền Gửi Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ Không Có Tài Sản (Điền vào bảng dưới đây)

| a. Ngày sao kê từ các tài liệu xác minh đính kèm (MM/YY) | b. Tên Chủ Sở Hữu Tài Sản | c. Loại Tài Sản | d. Tên Tổ Chức Tài Chính |
|--|---------------------------|----------------------|--------------------------|
| Ví dụ: 01/2016 (tháng 1 năm 2016) | Jane Doe | Tài Khoản Thanh Toán | Bank of Allina |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ĐƠN ĐĂNG KÝ TIẾP TỤC Ở MẶT SAU

****TÀI LIỆU XÁC MINH THU NHẬP VIỆC LÀM BẮT BUỘC:**

CUNG CẤP (1) BẢN SAO 2 CUỐNG PHIẾU LƯƠNG GÁN NHẤT TỪ CHỦ LAO ĐỘNG VÀ (2) BẢN SAO BIỂU MẪU 1040 KHAI THUẾ THU NHẬP LIÊN BANG NĂM TRƯỚC.

- 5a. QUÝ VỊ CÓ VIỆC LÀM KHÔNG?** Không Có (Điền bên dưới. Nếu cần thêm khoảng trống, quý vị có thể dùng thêm một tờ giấy riêng.)
5b. VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ GẦN GŨI CỦA QUÝ VỊ CÓ VIỆC LÀM KHÔNG? Không Có (Điền bên dưới. Nếu cần thêm khoảng trống, quý vị có thể dùng thêm một tờ giấy riêng.)

| a. Tên lao động | b. Tên Chủ Lao Động | c. Tiền công/lương mỗi giờ | d. Số giờ làm việc mỗi tuần | e. Tiền bo |
|-----------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|------------|
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |
| | | \$ | | \$ |

****GIẤY TỜ XÁC MINH THU NHẬP LÀM VIỆC TỰ DO BẮT BUỘC:**

CUNG CẤP MỘT BẢN SAO BIỂU MẪU 1040 KHAI THUẾ THU NHẬP LIÊN BANG NĂM TRƯỚC CỦA QUÝ VỊ BAO GỒM TẤT CẢ CÁC PHỤ LỤC

- 6a. QUÝ VỊ CÓ LÀM VIỆC TỰ DO KHÔNG?** Không Có (Điền bên dưới. Nếu cần thêm khoảng trống, quý vị có thể dùng thêm một tờ giấy riêng.)
6b. VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ GẦN GŨI CỦA QUÝ VỊ CÓ LÀM VIỆC TỰ DO KHÔNG? Không Có (Điền bên dưới. Nếu cần thêm khoảng trống, quý vị có thể dùng thêm một tờ giấy riêng.)

| a. Tên lao động tự do | b. Tên Ngành Nghề Kinh Doanh | c. Ngày Bắt Đầu | d. Thu Nhập Doanh Nghiệp từ Phụ Lục 1 Biểu Mẫu 1040 |
|-----------------------|------------------------------|-----------------|---|
| | | | \$ |
| | | | \$ |

**** GIẤY TỜ XÁC MINH BẮT BUỘC ĐỐI VỚI CÁC NGUỒN THU NHẬP NÀY:**

- AN SINH XÃ HỘI, SSI (THU NHẬP AN SINH BỔ SUNG), LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP THẤT NGHIỆP, BỒI THƯỜNG LAO ĐỘNG, HỖ TRỢ CÔNG CỘNG: Gửi chứng từ phúc lợi hoặc thư thông báo số tiền quý vị nhận được mỗi tháng.
- BẢN SAO SAO KẾ NGÂN HÀNG CỦA QUÝ VỊ KHÔNG ĐƯỢC CHẤP NHẬN LÀM BẢNG CHỨNG THU NHẬP.
- CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC: Cung cấp giấy tờ thuế thể hiện thu nhập quý vị nhận được hoặc một dạng tài liệu chính thức khác xác minh mức thu nhập và nguồn thu nhập.
- CUNG CẤP MỘT BẢN SAO BIỂU MẪU 1040 THUẾ THU NHẬP LIÊN BANG NĂM TRƯỚC CỦA QUÝ VỊ BAO GỒM TẤT CẢ CÁC PHỤ LỤC

7. QUÝ VỊ (HOẶC VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ GẦN GŨI CỦA QUÝ VỊ, NẾU CÓ) CÓ NHẬN THU NHẬP TỪ NGUỒN KHÁC NGOÀI CÔNG VIỆC KHÔNG?**BAO GỒM:**

- An Sinh Xã Hội
- Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI)
- SSI Dành Cho Trẻ Nhỏ
- Hỗ Trợ Vợ Chồng
- Thu Nhập Từ Cho Thuê
- Quý Tín Thác
- Trợ Cấp Thất Nghiệp
- Niên Kim
- Phúc Lợi VA
- Tiền Lãi/Cổ Tức
- Lương hưu/Trợ Cấp Hưu Trí
- Trợ Cấp Công Cộng
- Hỗ Trợ Nuôi Con
- Bồi Thường Cho Người Lao Động
- Thu nhập khác

 Không Có - Điền thông tin bên dưới**SỐ TIỀN LIỆT KÊ TRONG CỘT c. DƯỚI ĐÂY VÀ TRONG TÀI LIỆU HỖ TRỢ PHẢI TRÙNG KHỚP**

| a. Tên người nhận thu nhập | b. Loại thu nhập | c. Mức thu nhập | d. Tần suất nhận được thu nhập |
|----------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

8. NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN KHÔNG CÓ THU NHẬP ĐƯỢC BÁO CÁO, HỌ PHẢI HOÀN THÀNH BẢN TUYÊN BỐ HỖ TRỢ. ĐỂ NHẬN MỘT BẢN SAO, VUI LÒNG GỌI TỚI VĂN PHÒNG CỦA CHÚNG TÔI THEO SỐ 612-262-9000 HOẶC TÀI XUỐNG TẠI ALLINAHEALTH.ORG/FINANCIALASSISTANCE. NẾU QUÝ VỊ CÓ NHỮNG YẾU TỐ BỔ SUNG VÀ MUỐN CHÚNG TÔI XEM XÉT TRONG ĐƠN ĐĂNG KÝ, VUI LÒNG LIỆT KÊ TẠI ĐÂY. SỬ DỤNG THÊM MỘT TỜ GIẤY NẾU CẦN THIẾT.

| |
|--|
| |
| |
| |

9. TRƯỚC KHI GỬI LẠI ĐƠN NÀY, HÃY ĐẢM BẢO QUÝ VỊ ĐÃ ĐÍNH KÈM TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU ĐƯỢC YÊU CẦU Ở TRÊN

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật theo hiểu biết của tôi và qua đây, tôi ủy quyền cho Allina Health chia sẻ thông tin này cho bất kỳ bác sĩ, phòng khám, chi nhánh và/hoặc bệnh viện hoặc phòng khám khu vực nào khác mà tôi được giới thiệu đến. Tôi cũng xác nhận rằng tôi phải đăng ký, sử dụng và tuân thủ đầy đủ (1) bất kỳ chương trình Chăm Sóc Sức Khỏe nào của Minnesota mà tôi đủ điều kiện tham gia hoặc (2) bất kỳ bảo hiểm y tế nào có thể được cung cấp cho tôi thông qua chủ lao động, sản giao dịch về sức khỏe (ví dụ: MNsure) và việc không làm như vậy có thể dẫn đến việc bị loại khỏi Chương Trình Allina Partners Care.

| | |
|------|--|
| NGÀY | CHỮ KÝ NGƯỜI NỘP ĐƠN CHÍNH |
| NGÀY | CHỮ KÝ CỦA VỢ/CHỒNG/NGƯỜI CÓ QUAN HỆ GẦN GŨI |

VUI LÒNG CHỜ XỬ LÝ TRONG VÒNG 30 NGÀY. CHÚNG TÔI SẼ THÔNG BÁO KẾT QUẢ CHO QUÝ VỊ QUA THƯ.