

วันที่ให้บริการหรือลงบัญชี

หมายเลข*:

ใบสมัครสำหรับ ความช่วยเหลือทางการเงิน

สำหรับสำนักงานเท่านั้น

อักษรย่อของ FC

(ผู้ขอความช่วยเหลือทางการเงิน):

แบบฟอร์มนี้ทำหน้าที่เป็นใบสมัครของคุณสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน ณ โรงพยาบาลที่ระบุไว้ข้างต้น เพื่อจัดการการดูแลรักษาของคุณให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หากใบสมัครฉบับเดียวนี้ได้รับการอนุมัติ คุณจะมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือ ณ โรงพยาบาลแต่ละแห่งเหล่านี้ของ Northern Light Health ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์ของคุณจะถูกแบ่งปันระหว่างโรงพยาบาลเหล่านี้ตามที่กฎหมายอนุญาตหรือกำหนดไว้เท่านั้น

ผู้ป่วย/ผู้สมัคร		ข้อมูลการจ้างงาน				ไม่ได้ทำงานใช่หรือไม่	
ชื่อ:		ชื่อนายจ้าง:				วันล่าสุดที่ทำงาน:	
SSN (ไม่บังคับ):	DOB (วันเกิด):	วันที่เริ่มงาน:					
		ตำแหน่งงาน:				โปรดอธิบาย:	
โทรศัพท์มือถือ/บ้าน:		โทรศัพท์:					
ที่อยู่:		ที่อยู่:					
อีเมล (ไม่บังคับ):		สถานภาพสมรส (ไม่บังคับ):				(สำหรับสำนักงาน) MR#	
ข้อมูลครอบครัว: สำหรับการมีคุณสมบัติได้รับความช่วยเหลือแบบการกุศล คำว่า "ครอบครัว" จะรวมถึงบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด การสมรส หรือการรับเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันและมีความรับผิดชอบตามกฎหมายในการอุปการะเลี้ยงดู โปรดระบุรายชื่อสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนของคุณ		ความสัมพันธ์	DOB (วันเกิด)	บุคคลนี้สมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินด้วยหรือไม่ ใช่/ไม่ใช่	รายได้ต่อปี	ชื่อแผนประกันสุขภาพปัจจุบัน	(สำหรับสำนักงาน) MRN#

มีใครในครัวเรือนที่สมัคร MAINECARE ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ _____ หากใช่: โปรดแนบสำเนาจดหมายแจ้งผลการพิจารณา	หากมีใครในครัวเรือนที่มีประกัน โปรดแนบสำเนาบัตรประกัน โปรดตรวจสอบว่าประกันดังกล่าวผ่าน MARKET PLACE หรือไม่ ใช่/ไม่ใช่
--	--

*บัญชีต่างๆ จะมีสิทธิ์ได้รับการพิจารณาสำหรับโปรแกรมนี้ก็ต่อเมื่อวันที่ในใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินอยู่ภายใน 240 วันนับจากวันที่ออกใบแจ้งยอดบัญชีครั้งแรกของแต่ละบัญชีที่เกี่ยวข้อง

รายได้รวมรายเดือนของครัวเรือน	ผู้สมัคร	ผู้สมัครร่วม
ค่าจ้างและเงินเดือน		
รายได้จากการเช่า (ไม่รวมชาวอเมริกันพื้นเมือง/ชาวอินเดียนอะแลสกา)		
รายได้ประกันสังคม/รายได้จากการเกษียณอายุ		
การประกอบอาชีพอิสระ		
ทหาร/บำนาญ		
เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพจากประกันสังคม (SSDI)		
สิทธิประโยชน์การว่างงาน		
ค่าเลี้ยงดูหลังหย่าร้าง (หากหย่าร้างก่อน 1/1/19)		
TANF หรือความช่วยเหลือทั่วไป		
เงินประเดิม (โค้ช ศิษยาภิบาล ฯลฯ)		
จดหมายรับรองการอุปการะ / ความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน		
รายได้อื่นๆ ที่ต้องเสียภาษี		
รวม	\$	\$

ลายเซ็น:			
ผู้ป่วย/ผู้สมัคร	วันที่	ผู้สมัครร่วม	วันที่

คำแนะนำและแผนงานแบบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน

ขอบคุณที่ขอรับใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินที่ Northern Light Health

มีสิ่งจำเป็นบางประการที่เราต้องได้รับก่อนจึงจะสามารถทำการพิจารณาได้ ใบสมัครของคุณจะต้องครบถ้วน

โดยระบุสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของคุณลงไปด้วย

จะต้องจัดเตรียมหลักฐานแสดงรายได้ของสมาชิกทุกคนในครัวเรือนด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือในการสมัครขอรับความช่วยเหลือประกันภัยที่เข้าถึงได้/MaineCare

และ/หรือโอกาสจากบุคคลที่สาม คุณต้องมีสถานะเป็นผู้อยู่อาศัยในรัฐเมนตามที่นิยามไว้ใน 22 MRSA 1716-A

จึงจะมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์; ผู้ที่ไม่ใช่ผู้อยู่อาศัยจะได้รับการพิจารณาสำหรับการดูแลรักษาในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

โปรดกรอกแผนงานด้านล่างนี้เพื่อดูว่าเราต้องการข้อมูลอะไรบ้างจากคุณ

✓ รายการทั้งหมดที่ใช้กับสมาชิกทุกคนในครัวเรือนของคุณ

หากมีใคร.....

✓ กล้อง คุณต้องจัดเตรียมสำเนาของ:

รายได้จากค่าจ้างจากนายจ้างก่อนการหักภาษี		สลิปเงินเดือนหรือรายงานรายละเอียดการจ่ายเงินล่าสุดจากแต่ละงาน โดยแสดงรายได้รวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุดหรือ 12 เดือนล่าสุด
รายได้จากการเช่า (ไม่รวมชาวอเมริกันพื้นเมือง/ชาวอินเดียนอะแลสกา)		งบกำไรขาดทุนย้อนหลัง 13 สัปดาห์หรือ 12 เดือนล่าสุด
ประกอบอาชีพอิสระ		งบกำไรขาดทุนย้อนหลัง 13 สัปดาห์หรือ 12 เดือนล่าสุด
ว่างงานและได้รับสิทธิประโยชน์จากการว่างงาน		รายงานการเรียกร้องสิทธิรายสัปดาห์ที่แสดงรายได้รวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุด เพื่อขอจดหมาย โปรดโทร 1-800-593-7660 หรือไปที่: https://www.maine.gov/labor/unemployment
ค่าอุปการะเลี้ยงดูหรือเงินช่วยเหลือครอบครัว		ค่าอุปการะเลี้ยงดูหากหย่าร้างก่อนวันที่ 1/1/19 - สิทธิประโยชน์ หรือหนังสือแจ้งการตัดสินใจ หรือเอกสารแสดงรายได้/การชำระเงินรวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุดหรือ 12 เดือนล่าสุด

ได้รับผลประโยชน์ทุพพลภาพระยะสั้น/ระยะยาว		สิทธิประโยชน์ หรือหนังสือแจ้งการตัดสินใจที่แสดงรายได้รวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุดหรือ 12 เดือนล่าสุด (หนังสือยืนยันหากอยู่ระหว่างการรออนุมัติทุพพลภาพ)
ได้รับรายได้จากประกันสังคม/รายได้ทุพพลภาพ (SSI/SSDI)		หนังสือแจ้งการตัดสินใจสำหรับปีปัจจุบัน คุณสามารถขอสำเนาหนังสือแจ้งสิทธิประโยชน์ของคุณได้โดยโทร 1-877-405-1448 (พื้นที่ Bangor) หรือ 1-877-319-3076 (พื้นที่ Portland)
เงินปันผล ดอกเบี้ย ค่าสิทธิจากกองมรดกหรือทรัสต์		เอกสารแสดงรายได้/การชำระเงินรวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุดหรือ 12 เดือนล่าสุด
เกษียณอายุและได้รับสิทธิประโยชน์จากการเกษียณอายุ		หนังสือแจ้งสิทธิประโยชน์หรือใบแจ้งยอด (ถ้าเป็น 401K, IRA, ฯลฯ) ที่แสดงรายได้รวมตลอดช่วง 13 สัปดาห์ล่าสุด
ได้รับเงินช่วยเหลือจาก TANF หรือเงินช่วยเหลือทั่วไป		หนังสือแจ้งการตัดสินใจจากแผนกสาธารณสุขและบริการมนุษย์ (DHHS)
ไม่ได้ทำงาน แต่มีเพื่อนหรือครอบครัวให้ความช่วยเหลือ		จัดเตรียมจดหมายอธิบายการสนับสนุนที่คุณได้รับ โดยลงนามโดยผู้ที่ให้การสนับสนุนนั้น
นักเรียน		หากคุณถูกระบุว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะในแบบแสดงรายการภาษีของผู้อื่น คุณอาจถูกขอให้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลดังกล่าว

**โปรดจัดเตรียมสำเนาของบรายได้ตามที่ระบุไว้ข้างต้น โดยต้นฉบับจะไม่ถูกส่งคืน*

เพื่อที่จะได้รับการพิจารณาสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน

ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือในการสมัครขอรับความคุ้มครองประกันภัยที่เข้าถึงได้/MaineCare

และ/หรือโอกาสจากบุคคลที่สาม

***ติดต่อแผนกสาธารณสุขและบริการมนุษย์ (DHHS) ในท้องถิ่นได้ที่:**

1-800-442-6003 หรือแวะไปยัง:

<https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

หมายเหตุ: หากคุณสามารถยื่นเรื่องกับ DHHS เมื่อเร็ว ๆ นี้

โปรดแจ้งให้เราทราบและส่งสำเนาหนังสือแจ้งการตัดสินใจมาให้เราทันทีที่ได้รับ

**หาก DHHS ปฏิเสธคุณเนื่องจากมีรายได้นเกิน คุณอาจยังคงมีสิทธิ์ภายใต้ค่าลดหย่อน ("spenddown")*

- ❖ ใบสมัครของคุณต้องมีการลงนามและระบุวันที่ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งมา
- ❖ หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับกระบวนการสมัคร โปรดโทรศัพท์ไปยังหมายเลขที่ระบุไว้ในใบแจ้งหนี้ของคุณ
- ❖ หากคุณไม่สามารถจัดเตรียมข้อมูลที่จำเป็นได้ ใบสมัครของคุณจะล่าช้าหรือถูกปฏิเสธ
- ❖ โปรดทราบว่าข้อมูลใดก็ตามที่ส่งมาและได้รับการตรวจสอบแล้วว่าเป็นเท็จ จะส่งผลให้การปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน และผู้สมัครจะต้องรับผิดชอบทางการเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการบริการที่โรงพยาบาลได้ให้บริการไปแล้ว
- ❖ โปรดทราบว่า การจงใจส่งข้อมูลที่เป็นเท็จถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย
- ❖ ที่อยู่สำหรับการส่งใบสมัครทางไปรษณีย์:

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Seabcooke Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

แถลงการณ์การไม่เลือกปฏิบัติ

Northern Light Health และบริษัทในเครือ (Northern Light Health) ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองที่บังคับใช้ และไม่กีดกันหรือเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว เพศกำเนิด ชาติพันธุ์ อายุ ความสามารถหรือความทุพพลภาพทางร่างกายหรือจิตใจ ความพิการทางการมองเห็น ศาสนา วัฒนธรรม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานะทหารผ่านศึก เพศ ซึ่งรวมถึงลักษณะทางเพศ ลักษณะเพศกำกวม การตั้งครรภ์หรือสภาวะที่เกี่ยวข้อง รสนิยมทางเพศ เพศสภาพ อัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศสภาพ หรือภาษา Northern Light Health มีบริการฟรีเพื่อช่วยให้ผู้คนสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ:

- สล่ามแปลภาษาที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- สล่ามภาษามือที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- ข้อมูลที่เขียนเป็นภาษาอื่น
- ข้อมูลที่เขียนในรูปแบบอื่น (ตัวอักษรขนาดใหญ่ เสียง รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้ รูปแบบอื่น)

หากคุณเชื่อว่า Northern Light Health หรือบริษัทในเครือรายใดก็ตาม ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้ได้ หรือมีการเลือกปฏิบัติไม่ว่าในทางใด หรือหากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการยื่นข้อร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิพลเมือง เสรีภาพทางมโนธรรมหรือทางศาสนา หรือความเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลด้านสุขภาพ คุณสามารถติดต่อ Northern Light Health หรือ OCR (สำนักงานสิทธิพลเมืองแห่งสหพันธรัฐ) ได้ที่:

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, TTY-711 (Maine Relay) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Centralized Case Management Operations (การดำเนินงานการจัดการเคสแบบรวมศูนย์) U.S. Department of Health and Human Services (กระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา) 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
---	--

มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ โปรดแจ้งให้เราทราบเกี่ยวกับภาษาหลักของคุณ

และเราจะจัดเตรียมล่ามไว้เพื่อช่วยเหลือในการดูแลคุณ

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-986-6341 (TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃ យមនិគមន៍ លក់ ឥតគិតថ្លៃ បំប៉ន

អ្នក ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.

З в о н и т е 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

:Arabic (والبكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-888-986-6341 رقم.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986- 6341 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ถ้าว

คุณพูดภาษาไทยคุณ สามารถใช้บ ัรการช ่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam në Thuonjan, ke kuony yenë kɔc waar thook ato kuka lëu yök abac ke cîn wënh cuatë piny. Yuopë 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).