

























- Đăng giải thích về Chương trình Giảm giá theo Thu nhập và mẫu đơn xin trên trang web của Corewell Health.
  - Phổ biến thông báo về Chương trình Giảm giá theo Thu nhập ở khu vực chờ đợi của các phòng khám thuộc Corewell Health.
2. Yêu cầu giảm giá: Bệnh nhân, thành viên gia đình, nhân viên dịch vụ xã hội hay những người khác được biết về hoàn cảnh tài chính khó khăn hiện tại của bệnh nhân đều có thể yêu cầu giảm giá dịch vụ. Chương trình Giảm giá theo Thu nhập chỉ áp dụng cho các buổi hẹn tại phòng khám. Quý vị có thể lấy thông tin và các mẫu đơn từ Bàn tiếp tân (Front Desk) và Văn phòng Kinh doanh (Business Office).
  3. Thi hành: Chương trình Giảm giá theo Thu nhập sẽ được thi hành thông qua nhóm Xem xét Hỗ trợ Tài chính của Phòng Hỗ trợ Bệnh nhân Tiếp cận Dịch vụ (Patient Access). Thông tin về Chính sách Hỗ trợ Tài Chính và các chính sách, quy trình của Chương trình Giảm giá theo Thu nhập sẽ được cung cấp cho bệnh nhân. Nhân viên sẽ sẵn sàng trợ giúp trong việc hoàn tất đơn xin. Tất cả những người yêu cầu chăm sóc và/hoặc được cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều sẽ được đối xử theo cách bảo vệ nhân phẩm và quyền riêng tư.
  4. Hoàn tất đơn xin: Bệnh nhân/người có trách nhiệm phải điền đầy đủ toàn bộ Đơn xin Hỗ trợ Tài chính Bảo mật của NHSC/MSLRP. Nhân viên sẽ sẵn sàng trợ giúp bệnh nhân/người có trách nhiệm trong việc hoàn tất đơn xin nếu cần. Bằng việc ký tên vào đơn xin, người nộp đơn xác nhận rằng thu nhập kê khai trên đơn xin là đúng.
  5. Các điều kiện: Việc giảm giá sẽ chỉ căn cứ vào mức thu nhập và số người trong gia đình.
    - a. "Gia đình" được định nghĩa là một nhóm gồm hai hoặc nhiều người (trong đó một người là chủ hộ) sống chung với nhau và có quan hệ qua việc sinh đẻ, hôn thú hay nhận con nuôi; tất cả những người như vậy (kể cả những thành viên gia đình phụ có liên quan) được coi là thành viên trong một gia đình. Corewell Health sẽ chấp nhận các thành viên gia đình không có quan hệ ruột thịt khi tính số người trong gia đình.
    - b. Thu nhập bao gồm: tiền thù lao trước khi trừ thuế; tiền lương; tiền boia; thu nhập từ việc kinh doanh và công việc tự do; tiền thất nghiệp; tiền bồi thường lao động; tiền An sinh Xã hội; Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI); tiền trả cho cựu chiến binh; quyền lợi dành cho người còn sống; lương hưu hay thu nhập hưu trí; tiền lãi; cổ tức; tiền bản quyền; thu nhập từ bất động sản cho thuê, khối di sản và quỹ ủy thác; tiền cấp dưỡng vợ/chồng cũ và con cái; các nguồn trợ cấp từ bên ngoài gia đình; và các nguồn thu nhập linh tinh khác.
  6. Xác minh thu nhập: Người nộp đơn có thể cung cấp một trong các văn bản sau: mẫu W-2 từ năm trước đó, cuống phiếu lương của hai kỳ lương gần nhất, lá thư từ chủ thuê lao động hoặc mẫu 4506-T (nếu không có mẫu W-2). Những người làm việc tự do có thể được yêu cầu nộp bản kê khai chi tiết về các khoản thu, chi trong ba tháng vừa qua từ công việc họ. Thông tin được cung cấp phải đủ để xác định các điều kiện tham gia chương trình. Việc tự khai thu nhập cũng có thể được chấp nhận. Nếu bệnh nhân không thể cung cấp văn bản xác minh thì họ có thể cung cấp bản khai thu nhập có chữ ký.
  7. Khoản giảm giá: Các bệnh nhân có mức thu nhập bằng hay dưới 250% chuẩn nghèo mà được chăm sóc tại một cơ sở y tế được chấp nhận bởi NHSC hay MSLRP sẽ được giảm 100% giá của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe (có nghĩa là được chăm sóc miễn phí). Các bệnh nhân đến khám tại cơ sở y tế được chấp nhận bởi NHSC hay MSLRP có thể hội đủ điều kiện được giảm giá trong thời hạn 90 ngày tính từ ngày được chấp nhận giảm giá, và sau mỗi 90 ngày sẽ cần nộp đơn xin lại.
  8. Thông báo cho người nộp đơn: Quyết định về Chương trình Giảm giá theo Thu nhập hoặc, nếu thích hợp, lý do bị từ chối tham gia chương trình, sẽ được thông báo bằng văn bản cho (những) người nộp đơn. Với các đơn xin được chấp nhận, chương trình sẽ chi trả cho các khoản dư nợ

Nếu thích hợp, các tổ chức sẽ tham khảo những tài liệu liên quan trong văn bản này  
Các bản in của văn bản này có thể chứa nội dung cũ và nên được coi là tài liệu không được kiểm soát.

của bệnh nhân trong sáu tháng trước ngày nộp đơn cũng như bất kỳ khoản nợ nào phát sinh trong vòng 90 ngày sau ngày chấp nhận đơn xin, trừ phi hoàn cảnh tài chính của người nộp đơn có thay đổi đáng kể. Người nộp đơn có thể chọn nộp đơn xin lại sau khi thời hạn 90 ngày đã hết hoặc vào bất kỳ lúc nào có thay đổi đáng kể về thu nhập gia đình. Nếu nộp đơn xin lại thì thời gian được chi trả trở về trước sẽ là sáu tháng hoặc khoảng thời gian kể từ ngày hết hạn của đơn xin trước, tùy theo khoảng thời gian nào ngắn hơn.

9. Từ chối thanh toán: Nếu bệnh nhân khẳng định bằng lời nói rằng họ không muốn thanh toán hoặc nếu rời bỏ cơ sở mà không thanh toán cho dịch vụ thì bệnh nhân sẽ được liên lạc qua thư để giải thích về trách nhiệm thanh toán của họ. Nếu bệnh nhân chưa nộp đơn xin giảm giá theo thu nhập thì lá thư gửi đến sẽ bao gồm thông tin về Chương trình Giảm giá theo Thu nhập. Nếu bệnh nhân không có nỗ lực thanh toán hoặc không trả lời trong vòng 60 ngày thì sẽ bị coi là người từ chối thanh toán. Vào thời điểm này, Corewell Health có thể xem xét một số phương án bao gồm nhưng không giới hạn ở: đề nghị bệnh nhân thanh toán theo kế hoạch trả dần, cho bệnh nhân được miễn thanh toán hoặc chuyển hồ sơ của bệnh nhân sang đơn vị thu hồi nợ. Chính sách Tính toán và Thu hồi nợ của Corewell Health được áp dụng cho các bệnh nhân NHSC và MSLRP mà có thu nhập cao hơn 250% chuẩn nghèo FPG. Như được giải thích trên đây, những người có thu nhập dưới 250% chuẩn nghèo FPG không bị tính phí cho việc chăm sóc và do đó không nằm trong phạm vi của chính sách thu hồi nợ.
10. Lưu giữ hồ sơ: Thông tin liên quan đến các quyết định về Chương trình Giảm giá theo Thu nhập sẽ được người quản lý chương trình lưu giữ. Thông tin chi tiết về các quyết định chấp nhận và từ chối sẽ được lưu vào hệ thống quản lý hành chính của cơ sở y tế dưới sự giám sát của quản lý chương trình.
11. Xem xét các chính sách và quy trình: Bảng Giảm giá theo Thu nhập sẽ được cập nhật căn cứ vào Chuẩn nghèo Liên bang hiện hành. Corewell Health cũng sẽ xem xét các thay đổi có thể cần thực hiện liên quan đến chính sách và quy trình cũng như kiểm tra các thực hành của tổ chức mà có thể gây trở ngại cho những bệnh nhân hội đủ điều kiện muốn tham gia các chương trình chăm sóc cộng đồng của chúng tôi.
12. Ngân sách: Trong quy trình hoạch định ngân sách hàng năm, một ngân quỹ ước lượng cho Chương trình Giảm giá theo Thu nhập sẽ được đưa vào ngân sách dưới dạng khoản khấu trừ doanh thu.

**Bảng giảm giá theo thu nhập**

<b>Số người trong gia đình</b>	<b>MỨC NGHÈO LIÊN BANG</b>	
	<b>100%</b>	<b>250%</b>
<b>1</b>	14.580\$	36.450\$
<b>2</b>	19.720\$	\$49.300
<b>3</b>	24.860\$	\$62.150
<b>4</b>	\$30,000	\$75,000
<b>5</b>	35.140\$	\$87.850
<b>6</b>	40.280\$	\$100.700
<b>7</b>	45.420\$	\$113.550
<b>8</b>	50.560\$	\$126.400
<b>Mỗi người thêm</b>	5.140\$	\$12.850

Nếu thích hợp, các tổ chức sẽ tham khảo những tài liệu liên quan trong văn bản này  
Các bản in của văn bản này có thể chứa nội dung cũ và nên được coi là tài liệu không được kiểm soát.

## Phụ lục C

### Thông báo cấm phân biệt đối xử:

Chính sách của Corewell Health và tất cả các đơn vị trực thuộc là phải cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao cho tất cả mọi người. Corewell Health sẽ không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, quốc tịch, giới tính, tôn giáo, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, quan điểm chính trị, xu hướng tình dục và tình trạng hôn nhân hay gia đình. Các quyết định về việc nhập viện và điều trị sẽ căn cứ duy nhất vào nhu cầu y tế của bệnh nhân cũng như khả năng và các năng lực của cơ sở để cung cấp sự chăm sóc và điều trị y tế cần thiết. Không ai sẽ bị từ chối nhập viện hay điều trị căn cứ vào sắc tộc, màu da, giới tính xã hội, giới tính sinh học, chủng tộc, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, tình trạng nhiễm HIV, tình trạng cựu chiến binh hay phục vụ quân đội, nguồn chi trả dịch vụ hay dựa trên bất kỳ cơ sở nào khác bị cấm bởi luật pháp liên bang, tiểu bang hay địa phương. Bệnh nhân sẽ được đối xử phù hợp với bản dạng giới tính của mình.

Vui lòng xem các chính sách [Các Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân](#) (Corewell Health Southeast Michigan), [Các Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân](#) (Corewell Health Southwest Michigan) hoặc [Các Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân](#) (Corewell Health West Michigan) để biết thêm chi tiết.

#### Corewell Health:

- Cung cấp các công cụ hỗ trợ và dịch vụ miễn phí để giúp người khuyết tật có thể trao đổi hiệu quả với chúng tôi, ví dụ như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có đủ trình độ
  - Thông tin viết dưới các hình thức khác (bản in chữ to, bản ghi âm, các định dạng điện tử với các công cụ hỗ trợ tiếp cận, các hình thức khác)
- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho những người có tiếng mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, ví dụ như:
  - Thông dịch viên có đủ trình độ
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Đối với Corewell Health Southwest Michigan và West Michigan, nếu quý vị cần các dịch vụ này thì hãy liên lạc với bộ phận Dịch vụ Hỗ trợ Ngôn ngữ theo số: 616.267.9701 hoặc 1.844.359.1607 (TTY:711).

Đối với các địa điểm thuộc Corewell Health Southeast, hãy liên lạc với Phòng phụ trách Trải nghiệm của Bệnh nhân và Gia đình theo số: 313-593-7070 (Dearborn, Taylor, Trenton và Wayne), 947-521-8880 (Farmington Hills), 248-551-7040 (Grosse Pointe, Royal Oak, Troy), 248-426-6976 (Farmington Hills RNC), 248-743-9500 (Corewell Health Southeast Michigan Home Health Services). 313-253-9024 (Dearborn RNC) hoặc 947-522-2007 (Corewell Health Southeast Michigan Medical Group).

Nếu quý vị tin rằng Corewell Health đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc bằng cách khác đã đối xử phân biệt với quý vị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, giới tính, xu hướng tình dục, bản dạng giới hay tôn giáo thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến:

- Đối với Corewell Health Southeast Michigan  
Patient Experience Department  
26901 Beaumont Blvd.  
Southfield, MI 48033  
947-522-1472  
[Pfcc@beaumont.org](mailto:Pfcc@beaumont.org)
- Đối với Corewell Health Southwest Michigan và West Michigan  
Director, Patient Experience  
100 Michigan St NE MC 006

Nếu thích hợp, các tổ chức sẽ tham khảo những tài liệu liên quan trong văn bản này  
Các bản in của văn bản này có thể chứa nội dung cũ và nên được coi là tài liệu không được kiểm soát.

Grand Rapids, MI 49503  
616-391-2624; toll free: 1-855-613-2262  
[patientrelations@corewellhealth.org](mailto:patientrelations@corewellhealth.org)

Quý vị có thể nộp khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hay email. Nếu quý vị cần được trợ giúp để nộp đơn khiếu nại, Giám đốc phụ trách Trải nghiệm của Bệnh nhân (Director of Patient Experience) sẽ sẵn sàng giúp đỡ.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại vi phạm dân quyền lên Phòng Dân quyền (Office of Civil Rights) của Bộ Dịch vụ Y tế và Nhân sinh (Department of Health and Human Services) thông qua cổng nhận khiếu nại trên mạng của Phòng Dân quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hay điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH  
Building Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Quý vị có thể lấy mẫu đơn khiếu nại tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Liên lạc với chúng tôi

### Español (*Spanish*)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### العربية (*Arabic*)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (*Chinese*): 國語/普通話 (*Mandarin*), 粵語 (*Cantonese*)

請注意：如果您講中文，你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：711)。

### Tiếng Việt (*Vietnamese*)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### Ako govornite srpsko (*Serbian, Croatian or Bosnian*)

OBAVJEŠTENJE: Ako govornite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

### አማርኛ (*Amharic*)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711).

### नेपाली (*Nepali*)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711).



**Thuonjanj (Nilotic – Dinka)**

PIID KENE: Na ye jam në Thuonjanj, ke kuony yenë koc waar thook atö kuka lëu yök abac ke c'in wënh cuatë piny. Yuopë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Kiswahili (Swahili)**

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**فارسی (Farsi)**

(TTY: 711) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. یا 1607-359-1.844 تماس بگیرید.

**Français (French)**

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

**(Burmese)**

အသိပေးခြင်း

သင်ပြောသော ဘာသာစကားကို အခမဲ့ ဘာသာပြန် ရှိပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်

**فارسی دری (Dari)**

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در 1-844-359-1607 (TTY: 711). دسترس است. تماس ب

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Ikinyarwanda (Kinyarwanda)**

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

**Soomaali (Somali)**

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

**اللہجۃ السودانیة (Sudanese)**

انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على [1-844-359-1607](tel:1-844-359-1607) (رقم الصم والبكم: 711). الأرقام

**தமிழ் (Tamil)**

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**ትግርኛ (Tigrinya)**

ትኹረት: ትግርኛ እንዲሁ ትግርኛ ኮንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቐርቡልካ እየም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።