

MẪU THÔNG TIN TÀI CHÍNH / ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Đề được hỗ trợ hoàn thành mẫu này hoặc nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi số 713.338.5502 hoặc 800.526.2121 -- Nhân phẩm 5

Tên Bệnh Nhân:	Điện Thoại:
Địa Chỉ Của Bệnh Nhân:	Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip:
(Các) Số Tài Khoản:	(Các) Ngày Nhận Dịch Vụ:

HƯỚNG DẪN: Tất cả câu hỏi phải được trả lời. Nếu câu hỏi nào đó không liên quan đến quý vị, hãy viết N/A vào dòng trả lời.
Đính kèm bản sao của một bằng chứng nhận dạng có ảnh (ví dụ: giấy phép lái xe do tiểu bang cấp hoặc Hộ Chiếu có ảnh, v.v) *
Đính kèm bản sao của tờ Khai Thuế Thu Nhập gần đây nhất hoặc Đính kèm bản sao của một trong những bằng chứng thu nhập sau:

* Nếu không có giấy tờ tùy thân có ảnh, quý vị có thể sử dụng tài liệu khác để chứng minh danh tính. Liên hệ với số điện thoại ở trên để được hỗ trợ.

<input type="checkbox"/> 2 phiếu lương gần đây nhất	<input type="checkbox"/> Ngân phiếu An Sinh Xã Hội hoặc thư thông báo hỗ trợ
<input type="checkbox"/> Phiếu xác nhận trợ cấp thất nghiệp	<input type="checkbox"/> Thư từ chủ lao động nêu rõ tên nhân viên, nghề nghiệp, mức lương theo giờ, số giờ làm việc

***** Mẫu này không được coi là đơn đăng ký hoàn chỉnh nếu không có tài liệu hỗ trợ. *****

TÌNH TRẠNG:	<input type="checkbox"/> Cư Dân Thường Trú Tại Texas	<input type="checkbox"/> Cư Dân Hợp Pháp	<input type="checkbox"/> Visa Định Cư	<input type="checkbox"/> Visa Không Định Cư
TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN (đánh dấu vào một ô):	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn	<input type="checkbox"/> Độc thân	<input type="checkbox"/> Đã ly hôn	
	<input type="checkbox"/> Góa bụa	<input type="checkbox"/> Khác _____		

TRẺ EM DƯỚI 18 TUỔI VÀ NHỮNG NGƯỜI PHỤ THUỘC KHÁC TRONG GIA ĐÌNH (Tiếp tục ở trang khác, nếu cần)						
Tên Đầy Đủ	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ của Những Người Phụ Thuộc (đánh dấu vào một ô)				
		Con	Con Riêng	Người Giám Hộ	Người Lớn/Người Cao Tuổi	Không Liên Quan

TÓM TẮT VIỆC LÀM	
Bệnh Nhân	Vợ (Chồng)
Chủ Lao Động	Chủ Lao Động
Nghề Nghiệp	Nghề Nghiệp
Tình Trạng Việc Làm (đánh dấu vào một ô) <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Nội trợ <input type="checkbox"/> Không thể trở lại làm việc	Tình Trạng Việc Làm (đánh dấu vào một ô) <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Nội trợ <input type="checkbox"/> Không thể trở lại làm việc

THU NHẬP GIA ĐÌNH MỖI THÁNG		CHI TIẾT GIA ĐÌNH MỖI THÁNG (Không áp dụng cho FAA)	
Bệnh nhân	\$ _____ /tháng	Nhà Ở:	Số Hữu/Cho Vay _____ Thuê Nhà _____
Vợ (Chồng)	\$ _____ /tháng	Thanh Toán Nhà Ở	\$ _____ /tháng
Tiền Cấp Dưỡng	\$ _____ /tháng	Dịch Vụ (điện, nước)	\$ _____ /tháng
Trợ Cấp Thất Nghiệp	\$ _____ /tháng	Xe Hơi số 1	\$ _____ /tháng
Tiền Nuôi Con	\$ _____ /tháng	Xe Hơi số 2	\$ _____ /tháng
Trợ Cấp Cho Người Sống Sốt	\$ _____ /tháng	Xăng	\$ _____ /tháng
Bảo Hiểm Lao Động	\$ _____ /tháng	Bảo Hiểm	\$ _____ /tháng
Quý Ủy Thác	\$ _____ /tháng	Tivi / Cáp / Điện Thoại	\$ _____ /tháng
Khác	\$ _____ /tháng	Đồ Ăn	\$ _____ /tháng
TỔNG THU NHẬP	\$ _____ /tháng	TỔNG CHI TIÊU	\$ _____ /tháng

TÀI KHOẢN NGÂN HÀNG/TÀI SẢN KHÁC (phải trả lời cả 3 câu hỏi):				(Không áp dụng cho FAA)	
Tài Khoản Séc? (khoanh tròn một đáp án)	Có	Không	Số Dư Hiện Tại	\$ _____	
Tài Khoản Tiết Kiệm? (khoanh tròn một đáp án)	Có	Không	Số Dư Hiện Tại	\$ _____	
Tài Sản Bổ Sung? (khoanh tròn một đáp án)	Có	Không	Số Dư Hiện Tại	\$ _____	
Nếu trả lời Có, vui lòng mô tả: _____					

Xem mặt sau
Xem mặt sau

Tên Bệnh Nhân:

- Tôi chứng nhận rằng, với sự hiểu biết là tôi sẽ phải chịu hình phạt nếu khai man, những câu trả lời tôi đưa ra là đúng và chính xác theo hiểu biết của tôi.
- Thông tin tôi cung cấp phản ánh thu nhập và chi tiêu của GIA ĐÌNH.
- Thông tin này cũng như báo cáo tín dụng và thông tin cung cấp công khai khác có thể được Memorial Hermann sử dụng để xây dựng kế hoạch thanh toán và/hoặc để bắt đầu viết đơn đăng ký hỗ trợ tài chính và/hoặc xác định khả năng hội đủ điều kiện đối với nhiều chương trình, bảo hiểm hoặc hỗ trợ khác nhau.
- Tôi đồng ý để Memorial Hermann thu thập thông tin từ bất kỳ nguồn nào để xác minh các tuyên bố tôi đã đưa ra.
- Quý vị sẽ nhận được thông báo bằng văn bản từ Memorial Hermann nếu thông tin được cung cấp không đủ để xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của quý vị hoặc nếu quý vị không đáp ứng yêu cầu về khả năng hội đủ điều kiện. Quý vị cũng sẽ được thông báo bằng văn bản nếu hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
- Những bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính có thể hội đủ điều kiện nhận tài trợ từ các chương trình của địa phương, tiểu bang hoặc liên bang. Các bệnh nhân được yêu cầu đăng ký những chương trình ở trên trước khi có quyết định về khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Memorial Hermann sẽ cung cấp hỗ trợ cho các cá nhân trong quá trình đăng ký những chương trình ở trên. Việc không đăng ký những chương trình ở trên có thể ảnh hưởng xấu đến việc xem xét đơn đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính của bệnh nhân.
- Tôi chứng nhận rằng, thực tế, tôi đã đăng ký tất cả bảo hiểm khả thi, bao gồm Medicaid, bảo hiểm Nạn Nhân Của Tội Ác, Bảo Hiểm Y Tế và bất kỳ bảo hiểm nào khác của địa phương, tiểu bang hoặc liên bang.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán chi phí chăm sóc.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm

Ngày

Sau khi hoàn thành đơn đăng ký này, vui lòng gửi thư, fax hoặc gửi email đơn và TẤT CẢ giấy tờ hỗ trợ đến:

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
Fax: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Chỉ Dùng Cho Văn Phòng
Hỗ Trợ Tài Chính Được Phê Duyệt Bởi CEO / CFO của Cơ Sở

Người phê duyệt:

Tên / Chữ ký

Chức danh

Ngày

Xem mặt sau

Xem mặt sau

