

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

Để được hỗ trợ hoàn thành biểu mẫu này hoặc nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi 281-243-1073

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

HƯỚNG DẪN: Quý vị cần trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu câu hỏi không liên quan, hãy viết N/A trên dòng đó.

Đính kèm bản sao một bằng chứng nhận dạng có ảnh (ví dụ: giấy phép lái xe hoặc Hộ Chiếu có ảnh, do tiểu bang cấp, v.v.) *

Đính kèm bản sao tờ khai Thuế Thu Nhập gần đây nhất hoặc

Đính kèm bản sao của một trong những bằng chứng thu nhập sau đây:

<input type="checkbox"/> 2 cuống phiếu lương gần nhất	<input type="checkbox"/> Séc An Sinh Xã Hội hoặc thư xác nhận trợ cấp
<input type="checkbox"/> Phiếu xác nhận trợ cấp thất nghiệp	<input type="checkbox"/> Thư của chủ lao động có ghi tên nhân viên, nghề nghiệp, tiền lương hàng giờ, số giờ làm việc

* Nếu không có thẻ căn cước có ảnh, quý vị có thể sử dụng các giấy tờ chứng minh danh tính khác. Liên hệ số điện thoại ở trên để được hỗ trợ.

***** Đơn đăng ký sẽ không được xem là hoàn chỉnh nếu không có tài liệu hỗ trợ. *****

TÌNH TRẠNG: Cư Dân Thường Trú tại Texas Cư Dân Hợp Pháp Visa Nhập Cư Visa Không Nhập Cư

TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN (đánh dấu chọn một): Đã Kết Hôn Độc Thân Ly Hôn

Góa (Chồng/Vợ) Khác _____

TRẺ EM DƯỚI 18 TUỔI VÀ NHỮNG NGƯỜI PHỤ THUỘC KHÁC TRONG HỘ GIA ĐÌNH (Điền tiếp trên trang khác, nếu cần)

Họ Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ của Những Người Phụ Thuộc (đánh dấu chọn một)				
		Con	Con Riêng	Người Giám Hộ	Người Lớn/ Người Cao Tuổi	Không Có Quan Hệ Gì

TÓM TẮT VIỆC LÀM

Bệnh Nhân	Vợ (Chồng)
Chủ Lao Động	Chủ Lao Động
Nghề Nghiệp	Nghề Nghiệp
Tình Trạng Công Việc (đánh dấu chọn một) <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 quay lại làm việc	Tình Trạng Công Việc (đánh dấu chọn một) <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 quay lại làm việc

THU NHẬP CỦA HỘ GIA ĐÌNH/THÁNG	CHI PHÍ CỦA HỘ GIA ĐÌNH/THÁNG (Không áp dụng với FAA)
Bệnh Nhân \$ _____ /tháng.	Nhà Ở: _____ Sở Hữu/Khoản Vay _____ Tiền Thuê Nhà
Vợ/Chồng \$ _____ /tháng.	Khoản Thanh Toán Tiền Nhà \$ _____ /tháng.
Tiền Cấp Dưỡng \$ _____ /tháng.	Phí Dịch Vụ (điện, nước) \$ _____ /tháng.
Trợ Cấp Thất Nghiệp \$ _____ /tháng.	Xe số 1 \$ _____ /tháng.
Trợ Cấp Nuôi Con \$ _____ /tháng.	Xe số 2 \$ _____ /tháng.
Trợ Cấp Cho Những Người Sống Sót \$ _____ /tháng.	Xăng \$ _____ /tháng.
Bồi Thường Cho Người Lao Động \$ _____ /tháng.	Bảo Hiểm \$ _____ /tháng.
Quý Tín Thác \$ _____ /tháng.	TV/ Cáp/ Điện Thoại \$ _____ /tháng.
Khác \$ _____ /tháng.	Thức Ăn \$ _____ /tháng.
TỔNG THU NHẬP \$ _____ /tháng.	TỔNG CHI PHÍ \$ _____ /tháng.

TÀI KHOẢN NGÂN HÀNG/TÀI SẢN KHÁC (phải trả lời cả 3 câu hỏi): **(Không áp dụng với FAA)**

Tài Khoản Thanh Toán? (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 Khác? (khoanh tròn một đáp án)	Có	Không	Giá Trị Hiện Tại	\$ _____

Nếu Có, vui lòng mô tả: _____

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

Tên Bệnh Nhân:

- * Theo hình phạt cho hành vi khai man, tôi chứng thực rằng các câu trả lời tôi đưa ra đều chính xác và đúng sự thực trong phạm vi hiểu biết của tôi.
- * Thông tin tôi cung cấp phản ánh thu nhập và chi phí của HỘ GIA ĐÌNH.
- * Thông tin này cũng như báo cáo tín dụng và các thông tin có sẵn công khai khác có thể được Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony dùng để thiết lập kế hoạch thanh toán và/hoặc để lập đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính và/hoặc để xác định khả năng hội đủ điều kiện tham gia các chương trình, bảo hiểm hoặc hỗ trợ khác.
- * Tôi cho phép Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony thu thập thông tin từ bất kỳ nguồn nào để xác minh các tuyên bố mà tôi đã đưa ra.
- * Quý vị sẽ nhận được văn bản thông báo từ Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony nếu thông tin quý vị cung cấp không hoàn chỉnh hoặc không đủ để xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của quý vị hoặc nếu quý vị không hội đủ điều kiện. Quý vị cũng sẽ nhận được văn bản thông báo nếu hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
- * Các bệnh nhân đăng ký nhận hỗ trợ tài chính có thể hội đủ điều kiện nhận tiền từ các chương trình của địa phương, tiểu bang hoặc liên bang. Bệnh nhân nên đăng ký các chương trình này trước khi thủ tục xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính được tiến hành. Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony sẽ hỗ trợ các cá nhân trong việc đăng ký các chương trình này. Việc không đăng ký những chương trình này có thể gây ảnh hưởng xấu đến việc xem xét đơn đăng ký nhận Hỗ Trợ Tài Chính của bệnh nhân.
- * Tôi chứng thực rằng tôi đã đăng ký tất cả chương trình bảo hiểm có thể, bao gồm Medicaid, crime Victims, Health Exchange Insurance và mọi bảo hiểm khác của địa phương, tiểu bang hoặc liên bang.
- * Tôi hiểu rằng nếu không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về chi phí dịch vụ chăm sóc.

Chữ Ký Của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

Sau khi hoàn thành đơn đăng ký này, hãy gửi đơn và MỌI tài liệu hỗ trợ qua đường bưu điện tới:

**Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

Xem mặt sau

**MEMORIAL
HERMANN**

Xem mặt sau