

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của St. David's Healthcare Partnership

Tên Bệnh Nhân

Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân

Số Điện Thoại

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

Đi làm

Thất nghiệp

Chủ Sử Dụng Lao Động (Tên, Địa Chỉ và Số Điện Thoại)

Tên Vợ/Chồng

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

Cha của Bệnh Nhân (Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

Mẹ của Bệnh Nhân (Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

A. **Lương:** Vui lòng cho biết lương của từng người sau đây trong hộ gia đình của quý vị.

		Khoanh Tròn Một Chỗ		Khoanh Tròn Một Chỗ
Bệnh nhân	\$ _____	Giờ/ Tuần/ Tháng/ Năm	Cha của Bệnh Nhân (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)	\$ _____
Vợ/chồng	\$ _____	Giờ/ Tuần/ Tháng/ Năm	Mẹ của Bệnh Nhân (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)	\$ _____

B. **Các Nguồn Thu Khác:** Vui lòng cho biết tổng số tiền các nguồn thu khác dành cho quý vị, bao gồm các tài khoản tiết kiệm, tài khoản vãng lai, cổ phiếu, trái phiếu, v.v. \$ _____

Vui lòng cho biết số tiền thu nhập hàng năm mà quý vị nhận được từ các nguồn thu khác này, bao gồm thu nhập lãi, cổ tức, thu nhập từ tiền cho thuê nhà, v.v. \$ _____

C. **Các Thành Viên Gia Đình:** Vui lòng cho biết số người trong hộ gia đình của bệnh nhân. _____

D. **Xác Minh Thu Nhập:** Vui lòng cung cấp bất kỳ loại giấy tờ nào sau đây để xác minh thu nhập của quý vị.

- Mẫu Đơn IRS W-2
- Thanh Toán Lương
- Bản Khai Thuế
- Bản Kê Tài Khoản Ngân Hàng
- Xác Minh Chủ Sử Dụng Lao Động
- Giấy Tờ Chứng Minh Việc Tham Gia Các Chương Trình Hỗ Trợ của Chính Phủ, chẳng hạn như tem phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid hoặc AFDC
- Giấy Quyết Định Trợ Cấp Thất Nghiệp hoặc An Sinh Xã Hội
- Khác, Vui Lòng Mô Tả

Nếu quý vị không thể cung cấp một trong những giấy tờ chứng minh nguồn thu nhập bên trên, vui lòng giải thích tại sao không có thông tin này:

Tôi hiểu rằng chương trình St. David's Healthcare Partnership (SDHP) có thể xác minh thông tin tài chính có trong Đơn Xin Trợ Cấp Tài Chính ("Đơn") này liên quan đến việc SDHP đánh giá Đơn này, và bằng chữ ký của tôi theo đây cho phép chủ sử dụng lao động của tôi chứng nhận thông tin được cung cấp trong Đơn này. Tôi cũng cho phép SDHP yêu cầu báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng và Số An Sinh Xã Hội. Tôi xác nhận rằng thông tin này là đúng sự thật theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi và tôi biết rằng hành vi làm giả thông tin trên Đơn này có thể dẫn đến bị từ chối hỗ trợ tài chính.

Tôi hiểu rằng bất kỳ sự hỗ trợ tài chính nào là dựa trên việc tôi không có khả năng thanh toán và nếu có thêm bất kỳ nguồn thu nhập nào, SDHP có thể rút lại toàn bộ hoặc một phần trợ cấp tài chính.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm _____ Ngày _____

Chữ Ký của Nhân Viên SDHP nếu bất kỳ phần nào của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Được Nhân Viên SDHP Điền _____ Ngày _____

Thông Tin và Hướng Dẫn Làm Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Chương Trình St. David's Healthcare.

Hướng dẫn:

Trong cam kết phục vụ cộng đồng và phục vụ một trong các mục đích từ thiện của St. David's Healthcare System, chương trình St. David's Healthcare Partnership chọn cung cấp hỗ trợ tài chính cho những người đáp ứng được các yêu cầu nhất định về thu nhập.

Để xác định xem một người có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập những thông tin tài chính nhất định như mô tả trong đơn này. Sự hợp tác của quý vị sẽ cho phép chúng tôi xem xét đầy đủ yêu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị.

Vui lòng điền Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính và gửi lại mẫu đơn đã điền cho Đại Diện Phòng Đăng Ký; hoặc có thể gửi mẫu đơn đã điền đến địa chỉ sau đây:

Patient Account Services

PO Box 292369

Nashville, TN 37229-2369

Phần A: Tiền lương

Trong Phần A của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, vui lòng cho biết Số Tiền bằng Dollar mỗi người được liệt kê bên dưới nhận được dưới dạng thù lao và số tiền đó thể hiện thù lao theo giờ, theo tuần, theo tháng, hay theo năm.

Phần B: Các Nguồn Thu Khác

Ở chỗ trống đầu tiên trong Phần B của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, vui lòng cho biết Số Tiền bằng Dollar quý vị đã đầu tư vào tài khoản vãng lai, tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, v.v. Ở chỗ trống thứ hai, vui lòng cho biết Số Tiền bằng Dollar thu nhập quý vị nhận được hàng năm từ các khoản đầu tư đó. Ví dụ, ở chỗ trống đầu tiên một người phải ghi rằng họ có \$5.000 trong tài khoản tiết kiệm và ở chỗ trống thứ hai họ có thể ghi rằng họ thu được \$250 tiền lãi mỗi năm ở tài khoản đó.

Phần C: Thành Viên Gia Đình

Phần C của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính yêu cầu thông tin về số người trong hộ gia đình của bệnh nhân. Số người này phải gồm có bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân và những người phụ thuộc của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng bao gồm bệnh nhân, mẹ và/hoặc cha của bệnh nhân và/hoặc người giám hộ hợp pháp và bất kỳ Người Phụ Thuộc Sống Chung Nhà nào của mẹ và/hoặc cha của bệnh nhân, và/hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp.

Phần D: Xác Minh Thu Nhập

Để xem xét yêu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị, cần phải xác minh tiền lương đã báo cáo ở Phần A của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính. Vui lòng cung cấp một bản sao của Mẫu Đơn IRS W-2, Sao Kê Tiền Lương và Thuế; thanh toán lương; bản khai thuế; bản kê tài khoản ngân hàng hoặc giấy tờ thích hợp khác cho biết thu nhập hoặc giấy tờ chứng minh việc tham gia một chương trình phúc lợi công chẳng hạn như An Sinh Xã Hội, Trợ Cấp Thất Nghiệp, Medicaid, chương trình County Indigent Health Program, AFDC, Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Tem Phiếu Thực Phẩm, WIC, Texas Healthy Kids, Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Trẻ Em, hoặc các chương trình liên quan đến trợ cấp khó khăn tương tự khác.

Quý vị cũng có thể xác minh tiền lương của mình bằng cách yêu cầu chủ sử dụng lao động của quý vị cấp giấy xác nhận bằng văn bản hoặc yêu cầu chủ sử dụng lao động của quý vị trao đổi với đại diện của SDHP.

Nếu quý vị không thể cung cấp một trong các giấy tờ chứng minh nguồn thu nhập bên trên, vui lòng giải thích bằng văn bản ở Phần D của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính.

Các Dịch Vụ Của Bác Sĩ

Các bác sĩ cung cấp dịch vụ không phải là nhân viên của St. David's Healthcare Partnership. Quý vị sẽ nhận được hóa đơn riêng từ bác sĩ riêng của mình và các bác sĩ khác mà quý vị đã yêu cầu dịch vụ của họ. Nếu có thắc mắc về các hóa đơn này, hoặc để bố trí thanh toán chi phí các dịch vụ của bác sĩ, vui lòng liên hệ với phòng mạch của từng bác sĩ.