



P.O. Box 40010, Mobile, AL 36640 • 251-434-3505

Đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính

Thông tin bệnh nhân

Tên bệnh nhân:	Họ Tên Tên đệm	Số tài khoản:	
Địa chỉ:	Địa chỉ đường phố Số căn hộ/nhà Thành phố Tiểu bang Mã Zip	Tên cơ sở:	
		Điện thoại:	()
Ngày sinh:	Số an sinh xã hội	Tình trạng hôn nhân:	

Thông tin về người bảo lãnh (trong trường hợp khác với bệnh nhân)

Tên người bảo lãnh:	Họ Tên Tên đệm	Số an sinh xã hội:	
Địa chỉ:	Địa chỉ đường phố Số căn hộ/nhà Thành phố Tiểu bang Mã Zip	Ngày sinh:	
		Điện thoại:	()
Tình trạng hôn nhân:	Mối quan hệ với Bệnh nhân:		

Thông tin về Vợ (Chồng) của Bệnh nhân/Người bảo lãnh (nếu có)

Tên vợ (chồng):	Họ Tên Tên đệm	Số an sinh xã hội:	
Địa chỉ:	Địa chỉ đường phố Số căn hộ/nhà Thành phố Tiểu bang Mã Zip	Ngày sinh:	
		Điện thoại:	()

Thông tin hộ gia đình

Tên và tuổi của những người sống trong hộ gia đình:

Tên	Tuổi	Mối quan hệ	Bạn có khai báo người này cho mục đích nộp thuế không?

Thu nhập từ việc làm

Phải cung cấp một tháng bảng lương chứng minh, thư của người sử dụng lao động trên tiêu đề thư của công ty (đã ký tên và đề ngày) hoặc tờ khai thuế thu nhập đã nộp gần đây nhất.

Bệnh nhân/Người bảo lãnh

Người sử dụng lao động 1:		Chức danh:	
Địa chỉ:		Điện thoại:	
Tổng thu nhập:	Hàng tháng	Thu nhập ròng:	
Người sử dụng lao động 2:		Chức danh:	
Địa chỉ:		Điện thoại:	
Tổng thu nhập:	Hàng tháng	Thu nhập ròng:	

Vợ (Chồng) của Bệnh nhân/Người bảo lãnh

Người sử dụng lao động 1:		Chức danh:	
Địa chỉ:		Điện thoại:	
Tổng thu nhập:	Hàng tháng	Thu nhập ròng:	
Người sử dụng lao động 2:		Chức danh:	
Địa chỉ:		Điện thoại:	
Tổng thu nhập:	Hàng tháng	Thu nhập ròng:	

Thu nhập khác

Tổng thu nhập hàng tháng trong 30 ngày qua. Nếu quý vị không có thu nhập để khai báo cho một trường cụ thể, vui lòng nhập 0.
Bắt buộc phải có bảng kê khai chứng minh thu nhập mà quý vị đã báo cáo.

	Bệnh nhân/Người bảo lãnh Số tiền mỗi tháng	Vợ/Chồng Số tiền mỗi tháng	Giấy tờ bắt buộc
Khoản thanh toán an sinh xã hội			Bản sao thư/chứng nhận trợ cấp, thư từ của Cơ quan An sinh Xã hội Hoa Kỳ hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng (nếu khoản thanh toán An sinh Xã hội được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Trợ cấp thất nghiệp			Bản sao thư/chứng nhận trợ cấp, bảng sao kê trợ cấp hàng tháng từ Sở Lao động hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng trong đó cho biết khoản tiền thanh toán trực tiếp (nếu khoản trợ cấp được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Trợ cấp cho người khuyết tật			Bản sao thư/chứng nhận trợ cấp, thư từ của Cơ quan An sinh Xã hội hoặc bản sao thư thông báo phúc lợi hàng năm.
Bồi thường cho người lao động			Bản sao thư thông báo bồi thường, bảng lương hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng trong đó cho biết khoản tiền bồi thường trực tiếp (nếu tiền bồi thường được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Tiền cấp dưỡng/hỗ trợ nuôi con			Bản sao quyết định ly hôn trong đó cho biết số tiền cấp dưỡng, bản sao séc nhận được hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng (nếu tiền cấp dưỡng được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Lương hưu			Bản sao séc đã nhận, thư thông báo về tiền lương hưu nhận được (nếu có) hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng (nếu khoản thanh toán được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Phúc lợi dành cho cựu chiến binh			Bản sao séc đã nhận, thư thông báo trợ cấp từ Cơ quan Quản lý Cựu chiến binh (nếu có) hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng (nếu khoản phúc lợi được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Trợ cấp công cộng			Bản sao thư chấp nhận của Sở Dịch Vụ Xã Hội cho biết số tiền hàng tháng nhận được.
Lương bổ sung			Bản sao séc đã nhận hoặc bản sao bảng sao kê tài khoản ngân hàng trong đó cho biết thu nhập nhận được (nếu lương bổ sung được chuyển trực tiếp vào tài khoản ngân hàng).
Thu nhập khác			Thư ghi rõ số tiền thu nhập ngoài lương hoặc bản sao séc đã nhận được (nếu có).

Tài sản tài chính

Số dư trên tài khoản tài sản hiện tại của cả Bệnh nhân/Người bảo lãnh và Vợ (Chồng) của Bệnh nhân/Người bảo lãnh. Bảng sao kê tài khoản ngân hàng cho thấy thông tin tài sản đã báo cáo là bắt buộc đối với mỗi tài khoản.

	Số dư của Bệnh nhân/Người bảo lãnh	Số dư của vợ/chồng	Tổng số dư
Tiền mặt			
Tài khoản séc (bao gồm tài khoản chung)			
Tài khoản tiết kiệm (bao gồm tài khoản chung)			
Tài khoản đầu tư			
Cổ phiếu/Trái phiếu			
Quỹ ủy thác			
Thị trường tiền tệ			
Quỹ tương hỗ			
Khác			

Tuyên bố từ chối trách nhiệm và chữ ký

Tôi xác nhận rằng thông tin trên đây là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Ngoài ra, tôi sẽ nộp đơn đăng ký nhận bất kỳ chương trình hỗ trợ nào (Medicaid, Medicare, Bảo hiểm, v.v.). Số tiền này có thể sẵn dùng để thanh toán viện phí của tôi. Tôi sẽ thực hiện bất kỳ hành động nào cần thiết một cách hợp lý để nhận được sự hỗ trợ đó và sẽ chỉ định hoặc thanh toán cho bệnh viện số tiền thu hồi cho viện phí.

Tôi hiểu rằng việc làm đơn đăng ký này là cơ sở để bệnh viện có thể đánh giá xem tôi có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. USA Health có quyền xác minh tất cả các thông tin được cung cấp với văn phòng tín dụng và bất kỳ người hoặc chủ nợ nào khác mà họ thấy phù hợp. Nếu bất kỳ thông tin nào tôi đã cung cấp được chứng minh là không đúng sự thật, tôi hiểu rằng bệnh viện có thể đánh giá lại tình trạng tài chính của tôi và thực hiện bất kỳ hành động nào phù hợp.

Chữ ký của người
nộp đơn đăng ký

Ngày:

Xác định tính đủ điều kiện • CHỈ LƯU HÀNH NỘI BỘ

Quyết định về tình trạng đủ điều
kiện của bệnh nhân

Có ☐ Không ☐

Yêu cầu nhận Hỗ trợ tài chính
của người nộp đơn đã bị từ chối
vì những lý do sau:

Ngày đưa ra quyết
định:

Ngày thông báo cho
người nộp đơn:

Chữ ký của người đại
diện bệnh viện:

Ngày: