



USA Health System

Hộp thư 40010
Mobile, AL 36640
(251) 434-3505

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI
CHÍNH**

THÔNG TIN BỆNH NHÂN:

Tên Bệnh nhân: _____ SSN: _____

(Các) số tài khoản Mỹ: _____

Ngày sinh: _____ Nơi làm việc: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang/Zip: _____

Điện thoại nhà #: _____ Điện thoại di động #: _____

Tình trạng hôn nhân: _____

THÔNG TIN VỢ CHỒNG/NGƯỜI BẢO LÃNH (Nếu khác những thông tin trên)

Tên: _____ Mối quan hệ: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang/Zip: _____

Ngày sinh: _____ SSN: _____ Nơi làm việc: _____

Điện thoại nhà #: _____ Điện thoại di động: _____

Tình trạng hôn nhân: _____

THÔNG TIN VỢ CHỒNG/NGƯỜI BẢO LÃNH

Số nhân khẩu trong hộ gia đình (sử dụng bảng riêng nếu cần): _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

TÊN: _____ TUỔI: _____ MỐI QUAN HỆ: _____

THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH

12 tháng gần nhất

3 tháng gần nhất

Tổng thu nhập hộ gia đình: _____

NGUỒN CỦA CÁC KHOẢN THU NHẬP TRONG HỘ GIA ĐÌNH:

Việc làm:- _____ Thất nghiệp: _____ Cấp dưỡng nuôi con: _____

SSI/SSD: _____ Khác: (vui lòng ghi rõ): _____

Tôi xác nhận những thông tin nêu trên là đúng và chính xác với sự hiểu biết của tôi. Hơn nữa, tôi sẽ làm đơn gửi bất cứ tổ chức hỗ trợ nào (Trợ cấp y tế, chăm sóc y tế, Bảo hiểm,...) có sẵn để thanh toán các loại viện phí của tôi. Tôi sẽ thực hiện bất kỳ hành động cần thiết một cách hợp lý để có được những sự hỗ trợ đó và sẽ chỉ định hoặc thanh toán các khoản viện phí cho bệnh viện.

Tôi hiểu rằng đơn này được thực hiện để bệnh viện có thể kiểm tra điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi. Các bệnh viện của Mỹ được quyền xác minh các thông tin được cung cấp với các tổ chức tín dụng và bất kỳ người nào khác hoặc các chủ nợ mà họ thấy phù hợp cho việc xác minh thông tin. Nếu có bất kỳ thông tin nào tôi cung cấp không đúng sự thật, tôi hiểu rằng bệnh viện có thể đánh giá lại tình trạng tài chính của tôi và làm bất cứ hành động nào trở nên thích hợp.

Chữ ký của người làm đơn:- _____ Ngày: _____

ĐỪNG VIẾT DƯỚI DÒNG NÀY: CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG

XÁC ĐỊNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN

Bệnh nhân đủ điều kiện: Có _____ Không _____

Yêu cầu hỗ trợ tài chính của đương đơn đã bị từ chối vì những lý do sau:

Ngày xác nhận đủ điều kiện: _____ Ngày đương đơn được thông báo: _____

Chữ ký của Đại diện bệnh viện: _____