

Họ tên: \_\_\_\_\_ Số hồ sơ bệnh án \_\_\_\_\_ Số thụ lý: H \_\_\_\_\_

Người Yêu cầu hỗ trợ tài chính:

Dưới đây là Đơn yêu cầu Hỗ Trợ Tài Chính. Vui lòng hoàn tất và gửi lại đơn về địa chỉ được ghi ở cuối trang 3 của biểu mẫu này kèm theo mọi tài liệu hỗ trợ được yêu cầu dưới đây liên quan đến tình hình tài chính cụ thể của quý vị.

---

---

**NẾU QUÝ VỊ ĐANG NHẬN HỖ TRỢ Y TẾ**

A) Điền mã số hỗ trợ y tế của quý vị vào đây ►

B) Gửi kèm bản sao thẻ hỗ trợ y tế của quý vị.

---

---

**CHỨNG MINH THU NHẬP** (vui lòng cung cấp mọi giấy tờ áp dụng)

**An sinh Xã hội:**

- Bản sao Thư trao An Sinh Xã Hội hoặc Báo cáo Phúc lợi An sinh Xã hội Hàng năm
- Bản sao Ngân phiếu An sinh Xã hội mới nhất của quý vị

**Quyền lợi cựu chiến binh:**

- Bản sao thư trao quyền lợi hoặc báo cáo quyền lợi
- Bản sao ngân phiếu quyền lợi mới nhất

**Lương hưu:**

- Bản sao báo cáo quyền lợi hưu trí
- Bản sao ngân phiếu hưu trí mới nhất

Họ tên:

Số hồ sơ  
bệnh án

Số thụ lý:

H

### **YÊU CẦU XÁC MINH BỔ SUNG**

(Bản sao các báo cáo mới đây nhất hoặc giấy tờ xác minh khác)

#### **Thu nhập / Tài sản:**

- Giấy chứng nhận tiền gửi
- 401K, 403B, Keogh, IRA và các tài khoản hưu trí khác
- Niên kim
- Giá trị tiền mặt của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ
- Tín thác
- Tài khoản môi giới
- Thu nhập từ cổ tức/tiền lãi
- Tiền nuôi con
- Tiền cấp dưỡng
- Cổ phiếu, trái phiếu và/hoặc quỹ tương hỗ
- Các khoản đầu tư khác

#### **Nợ phải trả/Chi phí:**

- Bản sao chứng từ thanh toán tiền thuê nhà hoặc thế chấp mới đây nhất của quý vị
- Bản sao chứng từ thanh toán phí bảo hiểm (bảo hiểm chủ sở hữu nhà, bảo hiểm xe hơi, v.v.)
- Bản sao chứng từ thanh toán dịch vụ y tế và/hoặc toa thuốc
- Bản sao chứng từ thanh toán các khoản nợ phải trả/chi phí khác mà quý vị đã thực hiện
- Bản sao sao kê mới nhất của tất cả các tài khoản ngân hàng

#### **Tiền hoàn Thuế thu nhập Liên bang và Tiểu bang:**

- Bản sao đầy đủ chứng từ hoàn thuế Liên bang và Tiểu bang kèm theo mọi phụ lục liên quan.

#### **Dữ liệu tài chính phù hợp khác:**

- Bản sao đơn xin phá sản, quyết toán tài sản v.v.

Nếu quý vị không thể cung cấp bản sao giấy tờ của bất kỳ mục nào ở trên, vui lòng gửi văn bản giải trình lý do cụ thể tại sao không gửi kèm được thông tin yêu cầu. Có thể phải cung cấp thông tin bổ sung tùy trường hợp của mỗi cá nhân.

Nếu quý vị có thắc mắc liên quan đến nội dung đính kèm, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo số 410-938-3370.

Trân trọng,

Đại diện Kế toán bệnh nhân

Gửi kèm

Hệ thống y tế Sheppard Pratt  
Bác sĩ Sheppard Pratt, P.A.  
**ĐƠN YÊU CẦU HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

Thông tin về quý vị

Tên đầy đủ

\_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội

Tên - -

Tên đệm

Tình trạng hôn nhân

Độc thân

Đã kết hôn  Ly dị

Ly thân

Góa vợ/chồng

Công dân Mỹ:

Phải

Không

Thường trú nhân

Phải

Không

Địa chỉ nhà

\_\_\_\_\_

Điện thoại

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Quốc gia

Tên người sử dụng

\_\_\_\_\_

Điện thoại

\_\_\_\_\_

lao động

Địa chỉ làm

việc

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Thành viên hộ gia đình

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Tên đầy đủ Tuổi Quan hệ

Quý vị đã nộp đơn xin Hỗ trợ y tế chưa?  Có  Không

Nếu có, quý vị nộp đơn ngày nào? \_\_\_\_\_

Nếu có, quyết định đưa ra là gì? \_\_\_\_\_

Quý vị có nhận được hỗ trợ nào ở cấp độ tiểu bang hoặc quốc gia không?  Có  Không

Kế toán bệnh nhân - Đại diện Hỗ trợ tài chính

Hệ thống y tế Sheppard Pratt

Bác sĩ Sheppard Pratt, P.A.

6501 North Charles Street

Baltimore, MD 21204



Tên đầy đủ

Tên

Tên đệm

Họ

I. **Thu nhập gia đình** — Liệt kê mức thu nhập hàng tháng của quý vị tổng hợp từ tất cả các nguồn. Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng về thu nhập, tài sản và chi phí. Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng cung cấp thư hỗ trợ từ người cung cấp chỗ ở và phục vụ ăn uống cho quý vị.

	Số tiền hàng tháng
Việc làm	_____
Quyền lợi hưu trí	_____
Quyền lợi An sinh Xã hội	_____
Quyền lợi do khuyết tật	_____
Trợ cấp thất nghiệp	_____
Quyền lợi cựu chiến binh	_____
Tiền cấp dưỡng	_____
Tiền cho thuê bất động sản	_____
Trợ cấp bãi công	_____
Phân bổ thanh toán quân sự	_____
Trang trại hoặc tự làm việc	_____
Nguồn thu nhập khác	_____
<b>Tổng cộng</b>	_____

II. Tài sản thanh khoản	Số dư hiện tại
Tài khoản séc	_____
Tài khoản tiết kiệm	_____
Chứng khoán, trái phiếu, CD hoặc thị trường tiền tệ	_____
Tài khoản khác	_____
<b>Tổng cộng</b>	_____

III. **Tài sản khác** — Nếu quý vị sở hữu bất kỳ mục nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị ước tính.

Nhà ở	Nợ phải trả còn lại _____	Giá trị ước tính _____
Ô tô	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Phương tiện bổ sung	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Phương tiện bổ sung	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Tài sản khác		Giá trị ước tính _____
		<b>Tổng cộng</b> _____

IV. **Chi phí hàng tháng**

	Số tiền
Tiền thuê hoặc thế chấp	_____
Tiện ích	_____
Thanh toán tiền xe hơi	_____
Thẻ tín dụng	_____
Bảo hiểm xe hơi	_____
Bảo hiểm y tế	_____
Chi phí y tế khác	_____
Chi phí khác	_____
<b>Tổng cộng</b>	_____

Quý vị có hóa đơn y tế chưa thanh toán nào khác không?  Có  Không

Cho dịch vụ gì? \_\_\_\_\_

Nếu quý vị đã chuẩn bị kế hoạch thanh toán, số dư hàng tháng là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

Nếu quý vị yêu cầu bệnh viện cung cấp thêm hỗ trợ tài chính, bệnh viện có thể yêu cầu thêm thông tin để đưa ra quyết định bổ sung. Khi ký vào mẫu đơn này, quý vị xác nhận rằng thông tin được cung cấp là đúng và đồng ý thông báo cho bệnh viện khi có thay đổi về thông tin đã cung cấp trong vòng 10 ngày kể từ ngày xảy ra thay đổi.

Chữ ký người nộp đơn

Quan hệ với bệnh nhân

Ngày