

Tên: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: _____ Lần Thăm Khám #: _____

Kính gửi Người Nộp Đơn Đăng Ký Xin Hỗ Trợ Tài Chính:

Bên dưới là Đơn Đăng Ký Xin Hỗ Trợ Tài Chính. Vui lòng hoàn thành và gửi lại đơn đăng ký về địa chỉ có ở cuối trang ba của mẫu đơn này, cùng với bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào được yêu cầu dưới đây liên quan đến tình hình tài chính cụ thể của quý vị.

NẾU QUÝ VỊ HIỆN ĐANG NHẬN HỖ TRỢ Y TẾ

A) Ghi lại Số Hồ Sơ Y Tế của quý vị tại đây ►

B) Kèm theo bản sao thẻ Hỗ Trợ Y Tế của quý vị.

BẢNG CHỨNG VỀ THU NHẬP (vui lòng bao gồm tất cả các giấy tờ phù hợp)

An Sinh Xã Hội:

- Bản sao Thư Thông Báo Cấp Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hoặc Bản Sao kê Quyền Lợi An Sinh Xã Hội Hàng Năm
- Bản sao Kiểm Tra An Sinh Xã Hội gần đây nhất của quý vị

Phúc Lợi Cựu Chiến Binh:

- Bản sao thư thông báo cấp quyền lợi hoặc bản sao kê quyền lợi
- Bản sao séc phúc lợi gần đây nhất

Lương Hưu:

- Bản sao báo cáo trợ cấp hưu trí
- Bản sao séc lương hưu gần đây nhất

Tên: _____ Số Hồ Sơ Y Tế: _____ Lần Khám: _____

XÁC MINH BỔ SUNG BẮT BUỘC
(Bản sao của sao kê gần đây nhất hoặc xác minh khác đối với)

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
- Quỹ tín thác
- Tài khoản môi giới
- Thu nhập từ cổ tức/tiền chia lời
- Hỗ Trợ 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 khoản vay thế chấp hoặc tiền thuê nhà gần đây nhất của quý vị
- Bản sao phí bảo hiểm đã thanh toán (bảo hiểm nhà ở của chủ nhà, bảo hiểm xe hơi, v.v.)
- Bản sao hóa đơn thanh toán chi phí y tế và/hoặc toa thuốc
- Bản sao các khoản nợ/chi phí khác do quý vị thanh toán
- Bản sao các sao kê ngân hàng gần đây nhất cho tất cả các tài khoản ngân hàng

Tờ Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang và Tiểu Bang:

- Bản sao hoàn chỉnh tờ khai Thuế Thu Nhập Liên Bang và Tiểu Bang gần đây nhất của quý vị hoàn chỉnh với tất cả các bản phụ lục áp dụng

Các Dữ Liệu Tài Chính Liên Quan Khác:

- Bản sao đơn yêu cầu Phá sản, quyết định dàn xếp tài sản, v.v.

Nếu quý vị không thể cung cấp bản sao của bất kỳ tài liệu nào nêu trên, vui lòng gửi thư giải thích cụ thể lý do tại sao không gửi kèm thông tin được yêu cầu. Chúng tôi có thể yêu cầu thông tin bổ sung theo từng trường hợp.

Nếu có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến tài liệu đính kèm, quý vị có thể liên hệ với chúng tôi theo số 410-938-3370.

Trân trọng,

Đại Diện Tài Khoản Bệnh Nhân



Sheppard Pratt
ĐƠN ĐĂNG KÝ XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Thông Tin về Quý Vị

Tên _____
Tên
Tên đệm
Họ

Số An Sinh Xã Hội _____ - _____ - _____
 Tình Trạng Hôn Nhân
 Độc thân
 Đã kết hôn
 Đã ly thân
 Góa bụa
 Đã ly dị

Công dân Hoa Kỳ Có Không
 Thường trú nhân
 Có Không

Địa chỉ nhà _____ Điện thoại _____

Thành phố
Tiểu bang
Mã Zip
Quốc gia

Tên chủ lao động _____ Điện thoại _____

Địa chỉ nơi làm việc _____

 Thành phố
Tiểu bang
Mã Zip

Thành viên gia đình

Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Quý vị đã đăng ký nhận Hỗ Trợ Y Tế chưa? Có Không
 Nếu có, ngày quý vị nộp đơn là ngày nào? _____

Nếu có, quyết định là gì? _____

Quý vị có nhận được bất kỳ loại hỗ trợ nào của tiểu bang hoặc quận không? Có Không

Tài Khoản Bệnh Nhân - Đại Diện HTTC
 Sheppard Pratt
 849 Fairmount Avenue
 Floor 5
 Towson, MD 21286

Tên _____
 Tên đệm _____
 Họ _____

I. **Thu Nhập của Gia Đình**– Liệt kê số tiền thu nhập hàng tháng của quý vị 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 nhà ở và bữa ăn cho quý vị.

	Số Tiền Hàng Tháng
Việc làm	_____
Phúc lợi hưu trí/lương hưu	_____
Phúc lợi An Sinh Xã Hội	_____
Phúc lợi cho người khuyết tật	_____
Phúc lợi thất nghiệp	_____
Phúc lợi cựu chiến binh	_____
Tiền cấp dưỡng	_____
Thu nhập từ bất động sản cho thuê	_____
Phúc lợi đình công	_____
Phụ cấp quân nhân	_____
Nông trại hoặc tự kinh doanh	_____
Nguồn thu nhập khác	_____
Tổng cộng	_____

	Số Dư Hiện Tại
Tài khoản vãng lai	_____
Tài khoản tiết kiệm	_____
Cổ phiếu, trái phiếu, chứng nhận tiền gửi (CD) hoặc thị trường tiền tệ	_____
Các tài khoản khác	_____
Tổng cộng	_____

III. **Tài Sản Khác**– Nếu quý vị sở hữu bất kỳ tài sản nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị ước tính.

Nhà ở	Số dư khoản vay _____	Giá trị ước tính _____
Ô tô	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Xe cơ giới khác	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Xe cơ giới khác	Hãng xe _____ Năm _____	Giá trị ước tính _____
Bất động sản khác		Giá trị ước tính _____
Tổng cộng		_____

	Số tiền
IV. Chi Phí Hàng Tháng	
Tiền Thuê Nhà hoặc Vay Thế Chấp	_____
Dịch vụ tiện ích	_____
Thanh Toán Tiền Xe Ô Tô	_____
Thẻ tín dụng	_____
Bảo Hiểm Xe Ô Tô	_____
Bảo Hiểm Y Tế	_____
Chi phí y tế khác	_____
Chi phí khác	_____

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

Chi trả cho dịch vụ gì? _____

Nếu quý vị đã sắp xếp một kế hoạch thanh toán, khoản thanh toán hàng tháng là bao nhiêu? _____

Nếu quý vị yêu cầu bệnh viện gia hạn hỗ trợ tài chính thêm, bệnh viện có thể yêu cầu thêm thông tin để đưa ra quyết định bổ sung. Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, quý vị xác nhận rằng thông tin đã cung cấp là đúng và đồng ý thông báo cho bệnh viện về bất kỳ thay đổi nào đối với thông tin đã cung cấp trong vòng mười ngày kể từ ngày thay đổi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Ngày