

**MẪU ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH****PHẦN MỘT: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN**

Ghi họ tên đầy đủ của bạn, địa chỉ tại thời điểm bạn nhận được dịch vụ y tế và các thông tin khác nêu trong phần này.

Số Tài khoản: \_\_\_\_\_ Ngày của Dịch vụ: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_

Giáo xứ: \_\_\_\_\_

Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Số điện thoại Cố định : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Số điện thoại Khác: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tình trạng Hôn nhân:  Độc thân  Đã kết hôn  Đã ly hônBạn có phải là cư dân hợp pháp của Mỹ không?  Có  KhôngBạn có bảo hiểm y tế (ngoài Medicaid) tại thời điểm sử dụng dịch vụ này không? Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm và một bản sao thẻ bảo hiểm y tế của bạn  Có  Không

Tên bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Ngày hiệu lực của bảo hiểm: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tên Người đăng ký: \_\_\_\_\_

Ngày sinh của Người đăng ký: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ID của Người đăng ký \_\_\_\_\_ Số hiệu nhóm: \_\_\_\_\_

**SECTION TWO: FAMILY INCOME**

Provide income for yourself, your spouse and all other family members (if applicable.)

Nguồn thu nhập hàng tháng	Tổng thu nhập Hàng tháng Hiện tại		Tổng thu nhập Gia đình trong 3 tháng trước	Đính kèm loại kiểm tra thu nhập – yêu cầu bằng chứng thu nhập để xử lý đơn xin
	Bệnh nhân	Vợ (Chồng)/ Người khác		
Lương/Tự Kinh doanh, Tiền cấp dưỡng nuôi trẻ	\$	\$	\$	Bản sao cuống lương gần đây nhất hoặc thư thông báo thu nhập (trong ba tháng trước)
An sinh Xã hội	\$	\$	\$	Thư thông báo An Sinh Xã hội
Lương hưu, Cổ tức, Tiền lãi, Thu nhập cho thuê	\$	\$	\$	Thư xác nhận Lương hưu, Sao kê Cổ tức/Tiền lãi
Thất nghiệp, Tiền bồi thường tai nạn lao động	\$	\$	\$	Thư xác nhận Thất nghiệp, Thư xác nhận tiền bồi thường tai nạn lao động

**GHI CHÚ:** Nếu bạn đã báo cáo khoản thu nhập \$0, xin vui lòng cung cấp giải thích ngắn gọn về cách bạn (hoặc bệnh nhân) đáp ứng các nhu cầu cơ bản trong cuộc sống:

(Phải cung cấp một sao kê hỗ trợ.)

### PHẦN BA: THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình của bạn có tên trên bản khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất và ngày sinh của họ.

Vui lòng cung cấp những thông tin sau cho tất cả các thành viên sống trong gia đình bạn. Với các mục đích của chính sách này, gia đình được xác định gồm bệnh nhân, vợ (chồng) của bệnh nhân và tất cả con cái của bệnh nhân dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, bố mẹ đẻ hoặc nuôi của bệnh nhân và con cái của bố mẹ dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình bao gồm cả bệnh nhân	Ngày sinh	Quan hệ với Bệnh nhân
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**Qua việc ký tên bên dưới, tôi chứng nhận rằng những điều tôi đã nêu trên đơn xin này và trên bất kỳ tài liệu đính kèm nào đều đúng sự thật.**

Chữ ký của Bên chịu Trách nhiệm \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chuyển đơn xin đã điền đầy đủ của bạn đến địa chỉ:

**West Jefferson Medical Center Patient Financial Services**

Attn: Financial Counseling  
1101 Medical Center Blvd.  
Marrero, LA 70072

Các bản sao của Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Mẫu đơn xin và Bản tóm tắt đều sẵn có bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.