

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Để giúp chúng tôi đánh giá xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi khuyên quý vị hãy liên hệ với Family Health Coverage Program (Chương trình Bảo hiểm Y tế Gia đình) theo số 267-426-0359 (số điện thoại miễn phí 1-800-974-2125) **trước khi** nộp đơn này. Quý vị có thể không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính nếu không cung cấp thông tin chính xác và đầy đủ trên mẫu này hoặc không cung cấp các giấy tờ bắt buộc.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ của bệnh nhân: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Quốc gia: _____ Mã Zip/Mã Bưu chính: _____

Số an sinh xã hội: _____ Số tài khoản: _____ Ngày dịch vụ: _____

Tên người bảo lãnh: _____

Địa chỉ của người bảo lãnh: _____

Số điện thoại của người bảo lãnh: _____

Số thành viên trong hộ gia đình: _____ Thời gian sinh sống ở địa chỉ hiện tại: ____ Năm ____ Tháng

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP (THEO THÁNG)

Vui lòng cung cấp thông tin sau đây về (những) người lớn sống trong hộ gia đình của quý vị. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết. Nếu bất kỳ hạng mục nào không áp dụng, vui lòng viết "N/A".

1. Tên: _____	Mối quan hệ với bệnh nhân: _____
Chủ sử dụng lao động: _____	Số giờ làm việc mỗi tuần: _____
Tần suất nhận tiền lương: _____	Thu nhập tiền lương mỗi tháng: _____
An sinh xã hội: _____	Tình trạng khuyết tật: _____
Lương hưu/Hưu trí: _____	Trợ cấp nuôi con: _____
Tiền cấp dưỡng: _____	Hỗ trợ từ ngân sách công: _____
Thất nghiệp: _____	Khác: _____

2. Tên: _____	Mối quan hệ với bệnh nhân: _____
Chủ sử dụng lao động: _____	Số giờ làm việc mỗi tuần: _____
Tần suất nhận tiền lương: _____	Thu nhập tiền lương mỗi tháng: _____
An sinh xã hội: _____	Tình trạng khuyết tật: _____
Lương hưu/Hưu trí: _____	Trợ cấp nuôi con: _____
Tiền cấp dưỡng: _____	Hỗ trợ từ ngân sách công: _____
Thất nghiệp: _____	Khác: _____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG (tổng tất cả các nguồn thu nhập nói trên: \$ _____)

CHI PHÍ HỘ GIA ĐÌNH (THEO THÁNG)

Vui lòng điền vào chỗ trống bên dưới để cho chúng tôi biết về các chi phí hộ gia đình của quý vị. Nếu bất kỳ hạng mục nào không áp dụng, vui lòng viết "N/A".

Thế chấp: _____ Tiền thuê nhà: _____ Tiện ích: _____

Thực phẩm: _____ Hoá đơn Y tế: _____ Bảo hiểm (sức khoẻ/nhân thọ): _____

Thẻ tín dụng: _____ Thanh toán tiền xe: _____ Bảo hiểm xe: _____

Chi phí chăm sóc trẻ em/người lớn: _____

TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG: (tổng tất cả các chi phí hàng tháng nói trên): \$ _____

Hoàn cảnh tài chính khác (không bắt buộc): _____

TÀI SẢN HIỆN CÓ

Vui lòng điền vào chỗ trống bên dưới để cho chúng tôi biết về những tài sản hiện có của quý vị. Nếu bất kỳ hạng mục nào không áp dụng, vui lòng viết "N/A".

Tên Ngân hàng/Tổ chức tài chính: _____

Số dư tài khoản tiền gửi không kỳ hạn: _____ Số dư tài khoản vãng lai: _____

Số dư hiện tại trong bất kỳ tài khoản nào khác được duy trì: _____

Các khoản đầu tư (mô tả): _____

Tài sản cá nhân khác: _____

TỔNG GIÁ TRỊ TÀI SẢN (tổng giá trị tất cả các tài sản theo thông tin nói trên): \$ _____

XÁC NHẬN VÀ ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN

TÔI XÁC NHẬN RẰNG CÁC THÔNG TIN NÊU TRONG ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH NÀY, BAO GỒM BẤT KỲ TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM NÀO, LÀ ĐÚNG VÀ CHÍNH XÁC THEO HIỂU BIẾT TỐT NHẤT CỦA TÔI.

Tôi xác nhận rằng, dựa trên thu nhập, tài sản sẵn có và các hoàn cảnh tài chính khác của mình, tôi không có khả năng đáp ứng nghĩa vụ tài chính đối với các dịch vụ do The Children's Hospital of Philadelphia hoặc một trong các đơn vị liên kết của bệnh viện cung cấp. Tôi hiểu rằng lời khai của tôi trong mẫu đơn này có thể được điều tra và xác minh. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu cung cấp bằng chứng về Thông tin Thu nhập mà tôi đã khai trên biểu mẫu này và tôi đồng ý hỗ trợ The Children's Hospital of Philadelphia để có được thông tin xác minh cần thiết. Tôi cho phép tiết lộ thông tin mà tôi đã cung cấp cho các cơ quan của Medicaid tiểu bang và các tổ chức chăm sóc sức khỏe được quản lý của Medicaid. Tôi cũng đồng ý sẽ thông báo ngay cho The Children's Hospital of Philadelphia nếu bất kỳ thông tin nào trên mẫu này có thay đổi đáng kể trong năm tới.

Chữ ký

Tên viết in hoa

Mối quan hệ với bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của người bảo lãnh

Ngày