



7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
214-489-7252 gọi điện hoặc gửi email đến [tifsfa@tifs.org](mailto:tifsfa@tifs.org)

Ngày: \_\_\_\_\_ Tên người bảo lãnh: \_\_\_\_\_  
Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày phục vụ: \_\_\_\_\_  
Tài khoản bệnh viện # \_\_\_\_\_ Hồ sơ bệnh án # \_\_\_\_\_

Kính gửi Quý Bệnh Nhân:

Đính kèm trong đây, quý vị sẽ tìm thấy Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery. Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ cho phép chúng tôi xem xét tài khoản của quý vị nhằm hỗ trợ tài chính cho các hóa đơn bệnh viện của quý vị. Điều này chỉ áp dụng cho viên phí của quý vị.

Chúng tôi hiểu mong muốn của quý vị về quyền riêng tư. Theo đó, ngoại trừ mục đích xác minh, thông tin có trong đơn đăng ký của quý vị sẽ được coi là thông tin bí mật. Thông tin sẽ chỉ được chia sẻ trong nội bộ nhân viên của Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery trên cơ sở “cần biết”.

Vui lòng hoàn thành từng mục trên đơn đăng ký. Nếu quý vị cần thêm chỗ cho bất kỳ phần giải thích nào, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn đăng ký.

Vui lòng cung cấp bản sao cuống phiếu lương của tháng hiện tại của quý vị và hai tháng trước và/hoặc bằng chứng về bất kỳ hình thức thu nhập nào khác cho hộ gia đình. Nếu quý vị không nhận cuống phiếu lương, vui lòng cung cấp bản sao các sao kê ngân hàng cho thấy các khoản tiền gửi hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị tự kinh doanh, vui lòng cung cấp bản sao tờ khai thuế thu nhập cá nhân được nộp gần đây nhất của quý vị và báo cáo lãi lỗ hiện tại. Không cung cấp tài liệu được yêu cầu có thể dẫn đến việc từ chối xem xét hỗ trợ tài chính.

Điều cực kỳ quan trọng là quý vị phải hoàn thành đơn đăng ký này khi nhận được và gửi lại càng sớm càng tốt.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi hoàn thành đơn đăng ký này hoặc có một phần không rõ ràng, vui lòng gọi điện. Chúng tôi trân trọng sự hợp tác của quý vị.



7115 Greenville Avenue  
 Dallas, TX 75231  
 214-489-7252 gọi điện hoặc gửi email đến tifsfa@tifs.org

**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - Trang 1**

Tên Bệnh Nhân: Họ Tên Tên đệm

Số an sinh xã hội \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Số tài khoản bệnh viện: \_\_\_\_\_

Đã kết hôn \_\_\_\_\_ Độc thân \_\_\_\_\_ Đã ly dị \_\_\_\_\_ Góa vợ/chồng \_\_\_\_\_ Đã ly thân \_\_\_\_\_

Quý vị có con nhỏ (dưới 18 tuổi) không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Các con có sống với quý vị không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Các con có phải là con đẻ/con nuôi hợp pháp của quý vị không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Bệnh nhân có việc làm? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Vợ/chồng có việc làm? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Quý vị có bảo hiểm y tế không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Quý vị có bị khuyết tật không? Từ bao lâu? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
 Quý vị có phải là cựu chiến binh không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không

**THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH - (Sống trong nhà)**

Vợ/Chồng: \_\_\_\_\_  
 Con: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_  
 Con: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_  
 Con: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_  
 Con: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_

**THU NHẬP (Số tiền hàng tháng):**

	<u>Tổng</u>	<u>Ròng</u>
Bệnh nhân	\$ _____	\$ _____
Vợ/chồng	\$ _____	\$ _____
Người phụ thuộc	\$ _____	\$ _____
Hỗ trợ công cộng	\$ _____	\$ _____
Tem phiếu thực phẩm	\$ _____	\$ _____
An sinh xã hội	\$ _____	\$ _____
Thất nghiệp	\$ _____	\$ _____
Trợ cấp đình công	\$ _____	\$ _____
Bồi thường cho người lao động	\$ _____	\$ _____
Tiền cấp dưỡng	\$ _____	\$ _____
Hỗ trợ nuôi con	\$ _____	\$ _____
Phụ cấp quân sự	\$ _____	\$ _____
Lương hưu	\$ _____	\$ _____
Thu nhập từ: Chứng chỉ tiền gửi (CD)		
Tiền cho thuê nhà, cổ tức		
Tiền lãi	\$ _____	\$ _____
<b>TỔNG</b>	\$ _____	\$ _____

<u>Chi phí</u>	<u>Số tiền hàng tháng</u>
Tiền vay/Tiền nhà	\$ _____
Dịch vụ tiện ích	\$ _____
Thanh toán cho xe hơi	\$ _____
Thực phẩm / Tạp hóa	\$ _____
Thẻ tín dụng	\$ _____
Khác (vui lòng ghi rõ)	\$ _____
<b>TỔNG</b>	\$ _____



7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
214-489-7252 gọi điện hoặc gửi email đến tifsfa@tifs.org

**TÀI SẢN**

Tài khoản vãng lai \$ \_\_\_\_\_  
Tài khoản tiết kiệm \$ \_\_\_\_\_  
CD, IRA \$ \_\_\_\_\_  
Các khoản đầu tư khác (Cổ phiếu, trái phiếu, v.v.) \$ \_\_\_\_\_  
Bất động sản/Đất không phải là nơi cư trú chính \$ \_\_\_\_\_

**ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - Trang 2**

Tên chủ lao động _____	Chủ lao động của vợ/chồng: _____
Số điện thoại _____	Số điện thoại _____
Địa chỉ chủ lao động _____	Địa chỉ chủ lao động _____
Nghề nghiệp _____	Nghề nghiệp _____

Quý vị hiện có đang đăng ký nhận Phúc lợi Medicaid không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
Quý vị đã đăng ký nhận hỗ trợ thông qua bệnh viện quận/chương trình nghèo khó chưa? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
Bác sĩ của quý vị có thực hiện dịch vụ miễn phí không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
Có bất kỳ bên thứ ba nào có khả năng chịu trách nhiệm về tai nạn/thương tích/bệnh tật của quý vị không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
Có ai hỗ trợ quý vị thanh toán hóa đơn bệnh viện không? \_\_\_\_\_ Có \_\_\_\_\_ Không  
Ai đang hỗ trợ quý vị? \_\_\_\_\_  
Mức hỗ trợ quý vị đang nhận là bao nhiêu? \_\_\_\_\_

Liệt kê bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cảm thấy sẽ hữu ích cho chúng tôi trong việc xác định khả năng hội đủ điều kiện để được hỗ trợ thanh toán hóa đơn bệnh viện của quý vị.

---

---

---

Thu nhập dự kiến và/hoặc số tiền quý vị sẽ nhận được trong thời gian nghỉ do bệnh tật của quý vị (Nghỉ ốm, nghỉ có lương, thu nhập khuyết tật ngắn hạn/dài hạn). \$ \_\_\_\_\_

Khoảng thời gian dự kiến quý vị sẽ không thể làm việc và/hoặc kiếm tiền lương: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery có thể xác minh thông tin tài chính có trong đơn đăng ký này liên quan đến đánh giá của bệnh viện về đơn đăng ký này và theo đây ủy quyền cho bệnh viện liên hệ với chủ lao động của tôi để chứng nhận thông tin được cung cấp và yêu cầu báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi và việc làm sai lệch thông tin trong đơn đăng ký này có thể dẫn đến việc từ chối hỗ trợ chăm sóc/Hỗ trợ tài chính. Tôi cũng hiểu rằng bất kỳ sự chấp thuận Hỗ trợ tài chính nào cũng có thể bị đảo ngược hoàn toàn hoặc một phần trong trường hợp được thu hồi từ bên thứ ba hoặc nguồn khác.

Tôi hiểu rõ rằng bất kỳ dịch vụ chăm sóc nhờ Hỗ trợ tài chính nào tôi nhận được sẽ không được hiểu là bệnh viện từ bỏ quyền của mình được lưu giữ tài sản để được hoàn trả bất kỳ khoản tiền nào tôi nợ, và rằng bất kỳ khoản hoàn trả nào tôi nhận được liên quan đến lần nhập viện này phải được gửi đến Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery.

Chữ ký của người đưa ra yêu cầu, nếu là bệnh nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của người đưa ra yêu cầu, nếu không phải là bệnh nhân \_\_\_\_\_ Quan hệ \_\_\_\_\_

Địa chỉ bệnh nhân \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_ Quận \_\_\_\_\_ Số điện thoại nhà \_\_\_\_\_