

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

Ngày: _____ Tên người bảo hộ: _____

Tên bệnh nhân: _____ Ngày cung cấp dịch vụ: _____

Số tài khoản bệnh viện _____ Số hồ sơ bệnh án _____

Kính gửi Quý Bệnh Nhân:

Đính kèm trong đây là Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery. Khi quý vị hoàn thành đơn đăng ký này, chúng tôi sẽ có thể xem xét tài khoản của quý vị nhằm hỗ trợ tài chính cho các hóa đơn bệnh viện của quý vị. Việc hỗ trợ 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 "chỉ người cần biết mới được tiếp cận".

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 có 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. Nếu không cung cấp tài liệu được yêu cầu, quý vị có thể bị từ chối xem xét hỗ trợ tài chính.

Quan trọng nhất 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 thấy có phần nào không rõ ràng, vui lòng gọi cho chúng tôi. Chúng tôi rất mong nhận được sự hợp tác của quý vị.

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 Gọi điện theo số 214-489-7252 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: _____

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 tham gia chương trình chia sẻ chi phí y tế/bảo hiểm y tế không? _____ Có _____ Không
 Quý vị có bị khuyết tật không? 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>	<u>Chi phí</u>	<u>Số tiền hàng tháng</u>
Bệnh nhân	\$ _____	\$ _____	Tiền vay/Tiền nhà	\$ _____
Vợ/Chồng	\$ _____	\$ _____	Dịch vụ tiện ích	\$ _____
Người phụ thuộc	\$ _____	\$ _____	Thanh toán cho xe hơi	\$ _____
Trợ cấp công cộng	\$ _____	\$ _____	Thực phẩm / Tạp hóa	\$ _____
Tem phiếu thực phẩm	\$ _____	\$ _____	Thẻ tín dụng	\$ _____
An sinh xã hội	\$ _____	\$ _____	Khác (vui lòng ghi rõ)	\$ _____
Thất nghiệp	\$ _____	\$ _____		
Trợ cấp đình công	\$ _____	\$ _____		
Bồi thường cho người lao động	\$ _____	\$ _____	TỔNG	\$ _____
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	\$ _____	\$ _____		
TỔNG	\$ _____	\$ _____		

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
Gọi điện theo số 214-489-7252 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? _____

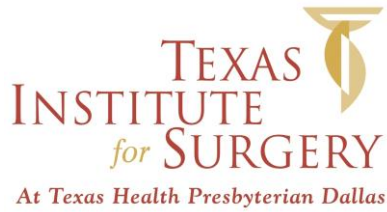
Mức hỗ trợ quý vị đang nhận là bao nhiêu? _____

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.



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

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

Mối quan hệ

Địa chỉ bệnh nhân Thành phố Tiểu bang Mã ZIP Quận

Số điện thoại nhà