



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 hoặc 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

Ngày / Date: _____ Tên Người bảo lãnh / Guarantor Name: _____

Tên Bệnh nhân / Patient Name: _____ (Các) ngày cung cấp Dịch vụ / Date(s) of Service: _____

Tài khoản # / Account # _____ Hồ sơ Bệnh án # / Medical Record # _____

Bệnh nhân và/hoặc Người bảo lãnh thân mến-

Đính kèm theo đây quý vị sẽ tìm thấy Đơn xin Hỗ trợ Tài chính Texas Health Resources. Việc hoàn tất đơn này sẽ cho phép chúng tôi đệ trình tài khoản của quý vị để được xem xét hỗ trợ tài chính cho (các) hóa đơn bệnh viện, bác sĩ và chăm sóc khẩn cấp. Đơn này chỉ dành cho các số dư chưa thanh toán của Bệnh viện thuộc Texas Health, Dịch vụ Chăm sóc Khẩn cấp thuộc Texas Health Breeze hoặc Nhóm Bác sĩ thuộc Texas Health.

Chúng tôi hiểu được mong muốn của quý vị về việc bảo mật thông tin. Do đó, ngoại trừ các mục đích xác minh, thông tin nêu trong đơn của quý vị sẽ được xem là thông tin mật. Thông tin này chỉ được chia sẻ trong nội bộ Texas Health Resources trên cơ sở cần - biết.

Vui lòng hoàn tất từng mục trong đơn này. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống cho bất kỳ nội dung giải thích nào, vui lòng sử dụng mặt sau đơn.

Cần phải có bằng chứng về thu nhập thì đơn mới được xử lý. Vui lòng xem các tài liệu được chấp nhận dưới đây. Nếu không cung cấp các tài liệu được yêu cầu, quý vị có thể bị từ chối xem xét hỗ trợ tài chính.

Điều quan trọng là quý vị phải hoàn tất đơn này ngay khi nhận được và nộp lại càng sớm càng tốt.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hoàn tất đơn này hoặc không rõ mục nào, vui lòng gọi điện cho đội ngũ của chúng tôi. Cần có sự hợp tác của quý vị để hoàn tất đơn này.

TÀI LIỆU CẦN THIẾT VỀ BẢNG CHỨNG THU NHẬP SẼ TÙY THUỘC VÀO HOÀN CẢNH TÀI CHÍNH CỦA QUÝ VỊ.

CÓ THỂ CẦN PHẢI CÓ BẤT KỲ HOẶC TẤT CẢ CÁC TÀI LIỆU SAU ĐÂY ĐỂ XÁC ĐỊNH KẾT QUẢ CỦA HỒ SƠ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA QUÝ VỊ.

1. Phiếu lương của tất cả các công việc – 3 phiếu lương hiện thời cho mỗi công việc đang làm.
2. Bản kê An sinh Xã hội hoặc lương hưu
3. Người tự doanh phải cung cấp bản khai thuế cá nhân của năm dương lịch được nộp gần đây nhất và bản sao kê ngân hàng cá nhân chi tiết của 3 tháng.
 - a. Biểu mẫu 1040: Tờ khai thuế - Cá nhân cộng với phụ lục 1 và bất kỳ phụ lục nào khác được dẫn chiếu trong phụ lục 1
4. Bản kê W-2 hoặc 1099 cho tất cả các công việc trong khoảng thời gian liên quan.
5. Trợ cấp thất nghiệp - Các biểu mẫu phê duyệt hoặc từ chối trợ cấp thất nghiệp.
6. Bảng chứng về thu nhập cấp dưỡng con cái - Ưu tiên bản tóm tắt của Bộ trưởng Tư pháp.
7. Bảng chứng về tài nguyên sẵn có – bản sao kê ngân hàng cá nhân chi tiết
8. Các biểu mẫu phê duyệt hoặc từ chối tư cách hội đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc Hỗ trợ Y tế bằng kinh phí tiểu bang.
9. Bản kê thu nhập của chủ lao động hoặc cơ quan phúc lợi.
10. Thư chứng nhận có chữ ký của bên cung cấp nhu cầu thực phẩm và chỗ ở.
11. Bảng chứng về thu nhập Bồi thường cho Người lao động
12. Bản kê thu nhập khuyết tật ngắn hạn hoặc dài hạn
13. Các biểu mẫu phê duyệt hoặc từ chối tư cách hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 hoặc 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 1

Tên Bệnh nhân / Patient Name: _____
 Họ / Last _____ Tên / First _____ Chữ đầu tên đệm / MI _____

Số An sinh Xã hội / Social Security # _____ NS / DOB: _____ Tài khoản / Account #: _____

Đã kết hôn / Married _____ Độc thân / Single _____ Ly hôn / Divorced _____ Góa vợ/chồng / Widowed _____ Ly thân / Separated _____

Quý vị có con nhỏ (dưới 18 tuổi) không? / Do you have minor children (under 18)? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Các cháu có sống cùng quý vị không? / Do they live with you? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Các cháu có phải là con đẻ/ con nuôi hợp pháp của quý vị không? / Are they your birth/legally adopted children? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Bệnh nhân có việc làm không? / Patient Employed? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Vợ/chồng có việc làm không? / Spouse Employed? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Quý vị có bảo hiểm y tế không? / Do you have medical insurance? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Quý vị có phải là thành viên của chương trình chia sẻ chăm sóc sức khỏe/chia sẻ chi phí không? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Quý vị đang bị khuyết tật? Bao lâu? / Are you on disability? How long? _____ Có / Yes _____ Không / No
 Quý vị có phải là cựu chiến binh không? / Are you a veteran? _____ Có / Yes _____ Không / No

THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH – (Sống chung nhà)

Vợ/chồng / Spouse: _____

Con / Child: _____ Tuổi / Age: _____
 Con / Child: _____ Tuổi / Age: _____
 Con / Child: _____ Tuổi / Age: _____
 Con / Child: _____ Tuổi / Age: _____

THU NHẬP (Số tiền hàng tháng):

	<u>Góp / Gross</u>	<u>Ròng / Net</u>	<u>Chi phí / Expenses</u>	<u>Số tiền hàng tháng / Monthly Amount</u>
Bệnh nhân / Patient	\$ _____	\$ _____	Tiền thuê/Tiền thuê nhà / Mortgage/Rent	\$ _____
Vợ/chồng / Spouse	\$ _____	\$ _____	Dịch vụ tiện ích / Utilities	\$ _____
Người phụ thuộc / Dependents	\$ _____	\$ _____	Thanh toán xe hơi / Car Payments	\$ _____
Trợ cấp Chính phủ / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Thực phẩm/Tạp phẩm / Food / Groceries	\$ _____
Phiếu Thực phẩm / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Thẻ Tín dụng / Credit Cards	\$ _____
An sinh Xã hội / Social Security	\$ _____	\$ _____	Khác / Other	\$ _____
Thất nghiệp / Unemployment	\$ _____	\$ _____	(vui lòng nêu rõ / please specify)	\$ _____
Trợ cấp Đỉnh công / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		
Bồi thường Lao động / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	TỔNG CỘNG / TOTAL	\$ _____
Tiền cấp dưỡng / Alimony	\$ _____	\$ _____		
Cấp dưỡng Nuôi con / Child Support	\$ _____	\$ _____		
Lương Quân đội / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
Lương hưu / Pensions	\$ _____	\$ _____		
Thu nhập từ: Chứng chỉ tiền gửi (CD), Tiền thuê, Cổ tức, Tiền lãi / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		
TỔNG CỘNG / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

TÀI SẢN

Tài khoản Séc / Checking Account \$ _____
 Tài khoản Tiết kiệm / Savings Account \$ _____
 Chứng chỉ tiền gửi (CD), Tài khoản hưu trí cá nhân (IRA) / CD's, IRA's \$ _____
 Khoản đầu tư khác (cổ phiếu, trái phiếu, v.v...) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____
 Bất động sản/Đất khác ngoài nơi cư trú chính / Properties/Land other than primary residence \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 hoặc 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 2

Tên của Chủ lao động / Name of Employer	_____	Chủ lao động của Vợ/Chồng / Spouse's Employer:	_____
Điện thoại # / Telephone #	_____	Điện thoại # / Telephone #	_____
Địa chỉ Chủ lao động / Employer Address	_____	Địa chỉ Chủ lao động / Employer Address	_____
Nghề nghiệp / Occupation	_____	Nghề nghiệp / Occupation	_____

Quý vị có đang nộp đơn xin Trợ cấp Medicaid không? /
Are you currently applying for Medicaid Benefits? _____ Có / Yes _____ Không / No

Quý vị có nộp đơn xin trợ cấp thông qua bệnh viện quận/chương trình người nghèo không? /
Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program? _____ Có / Yes _____ Không / No

Bác sĩ có đang cung cấp dịch vụ miễn phí cho quý vị không? / Is your physician donating his/her services?
_____ Có / Yes _____ Không / No

Có bất kỳ bên thứ ba nào có khả năng chịu trách nhiệm pháp lý về tai nạn/chấn thương/bệnh tật của quý vị? /
Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?
_____ Có / Yes _____ Không / No

Có ai đang hỗ trợ quý vị thanh toán hóa đơn Texas Health không? /
Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?
_____ Có / Yes _____ Không / No

Ai đang hỗ trợ quý vị? / Who is assisting you?

Khoản hỗ trợ mà quý vị đang nhận được là bao nhiêu? / How much assistance are you receiving?

Liệt kê bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cảm thấy hữu ích cho chúng tôi trong việc xác định tình trạng hợp lệ để được hỗ trợ thanh toán hóa đơn y tế Texas Health /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

Thu nhập dự kiến và/hoặc số tiền mà quý vị sẽ nhận được trong thời gian nghỉ do bệnh tật /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.
(Nghỉ ốm, nghỉ phép hưởng lương, thu nhập khuyết tật ngắn hạn/dài hạn /
Sick leave, paid time off, short/long term disability income).

\$ _____

Khoảng thời gian dự kiến mà quý vị sẽ không thể làm việc và/hoặc nhận lương /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:

Tôi hiểu rằng Texas Health Resources có thể xác minh các thông tin tài chính nêu trong đơn này liên quan đến việc đánh giá đơn này, và theo đây cho phép Texas Health liên hệ với chủ lao động của tôi để xác nhận các thông tin cung cấp cũng như cho phép yêu cầu báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng nhằm xác định tình trạng hợp lệ để được hỗ trợ tài chính và việc khai sai lệch thông tin trong đơn này có thể khiến tôi bị từ chối Hỗ trợ Tài chính. Tôi cũng hiểu rằng mọi sự chấp thuận Hỗ trợ Tài chính có thể bị hủy bỏ hoàn toàn hoặc một phần trong trường hợp có sự phục hồi từ bên thứ ba hay từ nguồn khác.

[Chỉ về trách nhiệm của Bên Thứ ba] Tôi cũng hiểu rằng mọi sự quan tâm Hỗ trợ Tài chính mà tôi nhận được sẽ không được xem là sự khước từ bởi bệnh viện về quyền lưu giữ của bệnh viện để được hoàn lại mọi khoản tiền mà tôi nợ và rằng mọi khoản bồi hoàn mà tôi nhận được liên quan đến thời gian nằm viện này phải được chuyển cho Texas Health Resources.

Chữ ký Người gửi Yêu cầu, nếu là Bệnh nhân /
Signature of Person Making Request, If Patient

Ngày / Date

Chữ ký người gửi yêu cầu, nếu không phải là bệnh nhân /
Signature of Person Making Request, If Not Patient

Mối quan hệ / Relationship

Địa chỉ của Bệnh nhân / Thành phố / Tiểu bang / ZIP Quận /
Patient's Address City State County

Số điện thoại Nhà riêng /
Home Telephone Number