



USMD Hospital at Arlington (817) 472-3400  
801 W Interstate 20  
Arlington TX 76017

Ngày \_\_\_\_\_  
Date

Tên người bảo lãnh \_\_\_\_\_  
Guarantor Name:

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_  
Patient Name

Ngày cung cấp dịch vụ: \_\_\_\_\_  
Date of Service

Số tài khoản bệnh viện \_\_\_\_\_  
Hospital Account #

Mã số bệnh án \_\_\_\_\_  
Medical Record #

Bệnh nhân thân mến,

Đính kèm theo đây quý vị sẽ tìm thấy Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính USMD. Điền 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. Đơn này chỉ áp dụng cho viện phí của quý vị.

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 USMD 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.

Vui lòng cung cấp bản sao phiếu lương tháng này và hai tháng trước của quý vị và/hoặc bằng chứng về mọi hình thức thu nhập khác cho hộ gia đình. Nếu quý vị không nhận được phiếu lương, vui lòng cung cấp bản sao của bản sao kê ngân hàng cho biết số 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 vừa nộp gần nhất và báo cáo lãi-lỗ hiện hành. Nếu không cung cấp các tài liệu được yêu cầu, quý vị có thể bị từ chối xem xét hỗ trợ tài chính.

Điều vô cùng 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 chúng tôi. Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của quý vị.



USMD Hospital at Arlington (817) 472-3400  
 801 W Interstate 20  
 Arlington TX 76017

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 1 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1**

Tên bệnh nhân / Họ / Last  Tên / First  Chữ đầu tên đệm / MI

Số an sinh xã hội / Social Security #  Ngày sinh / DOB:  Số tài khoản bệnh viện / Hospital Account #:

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

Quý vị có con nhỏ (dưới 18 tuổi)? / Do you have minor children (under 18)?  Có / Yes  Không / No

Chúng có sống cùng quý vị? / Do they live with you?  Có / Yes  Không / No

Chúng có phải là con đẻ/con nuôi hợp pháp của quý vị? / 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? / Do you have medical insurance?  Có / Yes  Không / No

Quý vị đang bị khuyết tật? Bao lâu? / Are you on disability? How long?  Có / Yes  Không / No

Quý vị là cựu chiến binh? / Are you a veteran?  Có / Yes  Không / No

**THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH – (Sống chung nhà) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)**

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) / INCOME (Monthly Amount) :**

	<u>Gộp / Gross</u>	<u>Ròng / Net</u>	<u>Chi tiêu / Expenses</u>	<u>Số tiền hàng tháng / Monthly Amount</u>
Bệnh nhân / Patient	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Tiền thế chấp/Tiền thuê nhà / Mortgage/Rent	\$ <input type="text"/>
Vợ/chồng / Spouse	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Dịch vụ công cộng / Utilities	\$ <input type="text"/>
Người phụ thuộc / Dependants	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Thanh toán xe ô tô / Car Payments	\$ <input type="text"/>
Trợ cấp chính phủ / Public Assistance	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Thực phẩm/Tạp phẩm / Food / Groceries	\$ <input type="text"/>
Phiếu thực phẩm / Food Stamps	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Thẻ tín dụng / Credit Cards	\$ <input type="text"/>



USMD Hospital at Arlington (817) 472-3400  
 801 W Interstate 20  
 Arlington TX 76017

An sinh xã hội / Social Security	\$ _____	\$ _____	Khoản khác (vui lòng nêu rõ) / Other (please specify)	_____
Thất nghiệp / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Trợ cấp đình công / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		_____
Bồi thường tai nạn lao động / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	<b>TỔNG CỘNG / TOTAL</b>	\$ _____
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) / Income from: CD's				
Cho thuê, cổ tức / Rent, Dividends				
Lãi / Interest	\$ _____	\$ _____		
<b>TỔNG CỘNG / TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____		

**TÀI SẢN / ASSETS**

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	\$ _____

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 2 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2**

Tên công ty tuyển dụng / Name of Employer	_____	Công ty tuyển dụng của vợ/chồng / Spouse's Employer:	_____
Điện thoại / Telephone #	_____	Điện thoại / Telephone #	_____
Địa chỉ công ty tuyển dụng / Employer Address	_____	Địa chỉ công ty tuyển dụng / Employer Address	_____
Nghề nghiệp / Occupation	_____	Nghề nghiệp / Occupation	_____

Quý vị có đang nộp đơn xin Trợ cấp Medicaid? / 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?  Có / Yes  Không / No



USMD Hospital at Arlington (817) 472-3400  
 801 W Interstate 20  
 Arlington TX 76017

*/ Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?* \_\_\_\_\_  
 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 viện phí? */ Is anyone assisting you with payment of your hospital 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 viện phí. */ List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

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 USMD có thể xác minh các thông tin tài chính có trong đơn này cùng với đánh giá của bệnh viện về đơn này, và theo đây cho phép bệnh viện liên hệ với công ty tuyển dụng của tôi nhằm xác nhận thông tin cung cấp và yêu cầu báo cáo từ các đơn vị 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 xuyên tạc 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. */ I understand that USMD may verify the financial information contained in this application in connection with the hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and to request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information will be used to determine my eligibility for financial assistance and that the falsification of information in this application may result in denial of financial assistance. I also understand that any financial assistance approval may be completely or partially reversed in the event of a recovery from a third-party or other source.*

Tôi cũng hiểu rằng mọi sự trợ giúp tài chính mà tôi nhận được sẽ không được xem là sự từ bỏ quyền lưu giữ của bệnh viện đối với khoản bồi hoàn 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 gửi cho USMD. */ I further understand that any financial assistance I receive shall not be construed as a waiver by hospital of its hospital lien for reimbursement of any amount I owe and that any reimbursement I receive relating to this hospitalization must be sent to USMD.*

Chữ ký của người yêu cầu, nếu là bệnh nhân */ Signature of Person Making Request, If Patient*

Ngày / Date

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

Quan hệ / Relationship

Địa chỉ bệnh nhân Thành phố Tiểu bang Mã ZIP Quận  
*Patient's Address City State ZIP County*

Điện thoại nhà riêng / Home Telephone Number



USMD Hospital at Arlington (817) 472-3400  
801 W Interstate 20  
Arlington TX 76017