



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org

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

Tên bệnh nhân / Patient Name: _____

Ngày sử dụng dịch vụ / Date of Service: _____

Số tài khoản bệnh viện / Hospital Account # _____

Mã số bệnh án / Medical Record # _____

| | | |
|---|---|--|
| Texas Health Arlington Memorial Hospital | Texas Health Harris Methodist Hospital Southwest Fort Worth | Texas Health Presbyterian Hospital Dallas |
| Texas Health Harris Methodist Hospital Alliance | Texas Health Harris Methodist Hospital Springwood | Texas Health Presbyterian Hospital Denton |
| Texas Health Harris Methodist Hospital Azle | Texas Health Harris Methodist Hospital Stephenville | Texas Health Presbyterian Hospital Kaufman |
| Texas Health Harris Methodist Hospital Cleburne | Texas Health Heart & Vascular Hospital Arlington | Texas Health Presbyterian Hospital Plano |
| Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth | Texas Health Outpatient Surgery Center Alliance | Texas Health Specialty Hospital Fort Worth |
| Texas Health Harris Methodist Hospital Hurst-Euless-Bedford | Texas Health Presbyterian Hospital Allen | |

Bệnh nhân thân mến / Dear Patient,

Đính kèm theo đây quý vị sẽ tìm thấy Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Texas Health Resources. 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. / *Attached you will find the Texas Health Resources Financial Assistance Application. Completion of this application will enable us to present your account for consideration of financial assistance for your hospital bill(s). This is for your hospital charges only.*

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 xin của quý vị sẽ được xem là thông tin mật. Nó chỉ được chia sẻ trong nội bộ Texas Health Resources trên cơ sở cần biết. / *We understand your desire for privacy. Accordingly, except for verification purposes, the information included in your application will be treated as confidential information. It will only be shared within Texas Health Resources on a need to know basis.*

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. / *Please complete each item on the application. If you need additional space for any explanations, please utilize the back of the application.*



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org

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. / *Please provide copies of your current month and two prior months pay stubs and/or proof of any other form of income for the household. If you do not receive check stubs, please provide copies of your bank statements showing your monthly deposits. If self-employed, please provide a copy of your most recently filed personal income tax return and a current profit and loss statement. Failure to provide the requested documentation can result in a denial for financial assistance consideration.*

Điều vô cùng quan trọng là quý vị phải hoàn tất đơn này ngay khi nhận được và nộp lại càng sớm càng tốt. / *It is extremely important that you complete this application upon receipt and return it as soon as possible.*

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. / *If you have difficulty completing this application or there is an area that is unclear, please call. Your cooperation is appreciated.*

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

 500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org
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 _____
 Patient Name:

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

 Đã kết hôn / _____ Độc thân / _____ Đã ly hôn / _____ Góa chồng/Góa vợ / _____ Đã ly thân / _____
 Married Single Divorced Widowed 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 trong 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 | \$ _____ | \$ _____ | Tiền thế chấp/Tiền thuê nhà / Mortgage/Rent | \$ _____ |
| Vợ/chồng / Spouse | \$ _____ | \$ _____ | Dịch vụ công cộng / Utilities | \$ _____ |
| Người phụ thuộc / Dependents | \$ _____ | \$ _____ | Thanh toán xe ô tô / 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 | \$ _____ | \$ _____ | 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 | \$ _____ | \$ _____ | | \$ _____ |
| | | | TỔNG CỘNG / TOTAL | \$ _____ |



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org

| | | |
|---|----------|----------|
| <i>Compensation</i> | _____ | _____ |
| Tiền cấp dưỡng / <i>Alimony</i> | \$ _____ | \$ _____ |
| Cấp dưỡng nuôi con / <i>Child Support</i> | \$ _____ | \$ _____ |
| Lương quân đội / <i>Military</i> <i>Allotments</i> | \$ _____ | \$ _____ |
| Lương hưu / <i>Pensions</i> | \$ _____ | \$ _____ |
| Thu nhập từ / <i>Income</i> <i>from: Cho thuê / CD's</i> chứng chỉ tiền gửi (CD), Lãi / <i>Rent, Dividends</i> cổ tức / <i>Interest</i> | \$ _____ | \$ _____ |
| TỔNG CỘNG / TOTAL | \$ _____ | \$ _____ |

TÀI SẢN / ASSETS

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

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

 500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org
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? / 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 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 cứ 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 và/hoặc khoản quỹ dự kiến mà quý vị sẽ nhận được trong thời gian nghỉ việc do bệnh tật (nghỉ ốm, nghỉ hưởng lương, thu nhập khuyết tật ngắn hạn/dài hạn) / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income). \$ _____

Khoảng thời gian dự kiến mà bạn 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 của bệnh viện, và theo đây cho phép bệnh viện liên hệ với công ty tuyển dụng 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 để xác định tình trạng hợp lệ của tôi để được hỗ trợ tài chính và rằng việc khai sai lệch thông tin trong đơn này có thể khiến tôi bị từ chối hưởng chính sách 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 Texas Health Resources 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 care 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 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



Arlington Memorial Hospital
Harris Methodist Hospitals
Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
Arlington Texas 76010
682-236-3000 / 800-890-6034
THRFinancialAssistance@texashealth.org

được liên quan đến thời gian nằm viện này phải được chuyển cho Texas Health Resources. / I further understand that any Financial Assistance care 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 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 Mọi quan hệ / Relationship

Địa chỉ của bệnh nhân / Patient's Address Thành phố / City Tiểu bang / State Mã bưu điện / ZIP Quận / County

Số điện thoại nhà riêng / Home Telephone Number