

Kính gửi Quý Vị Bệnh Nhân:

Kèm theo đây là Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của INTEGRIS Community Hospital. Việc điền mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi cân nhắc nhu cầu cần trợ giúp y phí cho các hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị phải nộp lại đơn xin sáu tháng một lần và phải ghi tổng thu nhập của hộ gia đình và tổng số người cư ngụ trong hộ gia đình.

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, tất cả các giấy tờ nhận được sẽ được coi là thông tin bảo mật, trừ khi sử dụng cho các mục đích xác minh, và sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất kỳ ai ở bên ngoài INTEGRIS Community Hospital.

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các mục trong đơn xin. Nếu quý vị cần thêm ô trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn xin. Chúng tôi có thể lấy báo cáo tín dụng để kiểm tra xác nhận các thông tin cung cấp. **Các giấy tờ chụp lại bằng hình ảnh sẽ không được chấp nhận.** Tất cả các chứng từ cung cấp sẽ trở thành tài sản của INTEGRIS Community Hospital và không thể trả lại cho quý vị.

**Quý vị phải nộp bản sao tất cả các giấy tờ ghi dưới đây áp dụng cho trường hợp của quý vị để chúng tôi quyết định quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. Không chấp nhận các hồ sơ khai thuế.**

- Toàn bộ bản sao Hồ Sơ Khai Thuế cho Năm Trước Đó. (*Không gửi kèm các mẫu W-2 hoặc cuống phiếu lương*)
  - o (Gọi số 1-800-908-9946 để lấy Hồ Sơ Khai Thuế IRS Chính Thức của quý vị).
- Thư Thông Báo Nhận Phúc Lợi An Sinh Xã Hội. (*Cung cấp bằng chứng về thu nhập của vợ/chồng, nếu thích hợp*).
- Giấy Xác Nhận Tình Trạng Tàn Tật của Bác Sĩ, trong đó cho biết tình trạng tàn tật vĩnh viễn cùng với chứng từ.
- Tự Kinh Doanh: Bản sao hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang cá nhân mới nộp trong thời gian gần đây nhất và bản kết toán lời lỗ mới nhất, trong đó bao gồm tất cả các phần phụ lục áp dụng.
- Những Người Không Khai Thuế: Cung cấp thư Xác Nhận Không Khai Thuế của IRS.
- Bất kỳ chứng từ nào khác theo yêu cầu, để giải quyết đơn xin của quý vị.

Quý vị cần điền đơn xin này ngay sau khi nhận được và nộp lại trong vòng 15 ngày. Chúng tôi sẽ xét đơn xin trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được và quý vị sẽ nhận được thư thông báo quyết định trong vòng 60 ngày.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc điền đơn xin này hoặc có thắc mắc, vui lòng liên lạc với văn phòng chúng tôi tại số (877) 516-0911, Option 1. Giờ làm việc của văn phòng là Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều. Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,

Văn Phòng Kinh Doanh INTEGRIS Community Hospital

## Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

HỌ TÊN BỆNH NHÂN		GIỚI TÍNH NAM <input type="checkbox"/> NỮ <input type="checkbox"/>		TUỔI	MÃ SỐ HỒ SƠ Y TẾ	
NGÀY SINH CỦA BỆNH NHÂN		QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ KHÔNG Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		QUÝ VỊ ĐÃ TỪNG NỘP ĐƠN XIN HỖ TRỢ Y TẾ (MEDICAID) CHƯA Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
				TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN: ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> / ĐÃ KẾT HÔN <input type="checkbox"/> ĐÃ LY HÔN <input type="checkbox"/> / Ở GÓA <input type="checkbox"/>		
THÔNG TIN CỦA BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM	<b>BỆNH NHÂN</b>			<b>VỢ/CHỒNG hoặc NGƯỜI BẢO LÃNH</b> (đối với bệnh nhân là trẻ vị thành niên)		
	TÊN			TÊN		
	ĐỊA CHỈ			THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU CHÍNH
	SỐ ĐIỆN THOẠI ( )	DI ĐỘNG ( )		SỐ ĐIỆN THOẠI ( )	DI ĐỘNG ( )	
	SỐ AN SINH XÃ HỘI			SỐ AN SINH XÃ HỘI		
	CHỦ LAO ĐỘNG			CHỦ LAO ĐỘNG		
	NEU ĐANG THẮT NGHIỆP, GHI NGÀY LÀM VIỆC CUỐI CÙNG			NEU ĐANG THẮT NGHIỆP, GHI NGÀY LÀM VIỆC CUỐI CÙNG		
	NGÀY CỦA LẦN KIỂM TRA GẦN ĐÂY NHẤT:			NGÀY CỦA LẦN KIỂM TRA GẦN ĐÂY NHẤT:		
THÔNG TIN GIA ĐÌNH	<b>CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH SINH SỐNG TRONG NHÀ</b>					
	TÊN	TUỔI	NGÀY SINH	MỐI QUAN HỆ	SỐ AN SINH XÃ HỘI	
THU NHẬP CỦA BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH	Liệt kê Tổng Thu Nhập Hàng Tháng	BỆNH NHÂN \$	VỢ/CHỒNG \$	NGƯỜI PHỤ THUỘC \$	HỖ TRỢ CÔNG \$	
		AN SINH XÃ HỘI \$	THẮT NGHIỆP \$	HƯU TRÍ \$	TÀI KHOẢN THANH TOÁN/TIẾT KIỆM \$	
		KHUYẾT TẬT \$	CỔ PHIẾU/TRÁI PHIẾU \$	CỔ TỨC/TIỀN LÃI \$	QUỸ TƯƠNG HỖ/QUỸ THỊ TRƯỜNG TIỀN TỆ \$	
		BOI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG \$	TỰ KINH DOANH - ĐÍNH KÈM PHỤ LỤC C \$			<b>TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG:</b> \$

Tôi hiểu rằng INTEGRIS Community Hospital có thể xác minh thông tin tài chính trong đơn này khi đánh giá đơn, do đó tôi cho phép liên lạc với chủ lao động của tôi để xác nhận thông tin được cung cấp và/hoặc lấy báo cáo tín dụng từ các cơ quan. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định tư cách hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính và để xác định các hành vi gian dối. Theo như tôi biết, thông tin trong đơn này là chính xác. **Phải hoàn thành đơn này để xác định tư cách hội đủ điều kiện. Đơn chưa hoàn thành có thể bị trì hoãn hoặc bị từ chối.** Tôi cũng hiểu rằng bất kỳ khoản bồi hoàn chi phí ế nào mà tôi nhận được liên quan đến đơn này đều phải được gửi đến INTEGRIS Community Hospital.

Chữ ký của người làm đơn

Ngày

Chữ ký của người làm đơn, nếu không phải là bệnh nhân

Ngày