

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH**Đoạn 1** - Thông Tin Đơn.

Tên (Họ, Chữ lót, Tên)	Số an sinh xã hội	Ngày sinh (Tháng, Ngày, Năm)	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang và Bưu chính	Số điện thoại
☐ Sở hữu nhà ☐ Thuê nhà ☐ Vô gia cư ☐ Gia cư do người thân hoặc bạn bè cung cấp			
Tình trạng hôn nhân: ☐ Độc thân ☐ Kết hôn ☐ Ly dị ☐ Ly thân	Tình trạng việc làm: ☐ Toàn nhiệm ☐ Bán thời gian ☐ Tự doanh ☐ Thất nghiệp ☐ Khuyết tật ☐ Sinh viên Hãng sở: _____ Nếu thất nghiệp, ngày làm việc cuối cùng: ____/____/____		

Đoạn 2 - Người trong gia hộ *như trên tờ khai thuế* (sử dụng trang riêng để khai thêm những người thuộc quyền).

<u>Họ tên</u>	<u>Số an sinh xã hội</u>	<u>Mối quan hệ</u>	<u>Ngày sinh</u>

Đoạn 3 - Thông tin về đệ tam nhân

- Bệnh tật có phải do tai nạn xe cơ giới hay thương tích cá nhân không?**
☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng (Ngày xảy ra tai nạn ____/____/____)
- Quý vị có nhận hoặc đã nộp đơn xin Medicaid chưa?
☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng
- Quý vị đã nộp đơn xin bảo hiểm qua Thị Trường Chăm Sóc Sức Khỏe (Healthcare Market Exchange)? ☐ Có ☐ Không ☐ Không áp dụng

Đoạn 4 - Lợi tức (Cung cấp thông tin về lợi tức của quý vị, người hôn phối và tất cả người khác trong gia đình (nếu có)).

<u>Nguồn Lợi Tức</u>	<u>Tổng Tiền Lương Tháng</u>	<u>Bao Nhiêu Lần</u>	<u>Người Được Lợi Tức Đây</u>
----------------------	------------------------------	----------------------	-------------------------------

Tiền công/Tự làm việc			
Quyền lợi an sinh xã hội			
Hưu bổng/Hưu trí/Niên kim			
Tiền cấp dưỡng nuôi con			
Quyền lợi thất nghiệp/Khuyết tật ngắn hạn/dài hạn			
Bồi thường lao động			
Tiền lãi/Cổ tức/Đầu tư			
Lợi tức từ tiền cho thuê nhà			

1. Quý vị hoặc người khác trong gia đình có sở hữu bất động sản, không bao gồm nơi cư trú chánh không? (**Bất động sản, Đất đai, Bất động sản đầu tư, Bất động sản trọn đời, Nhà di động, v.v...**) ☐ Có ☐ Không
(Sử dụng trang riêng để khai thêm bất động sản).

<u>Loại Bất Động Sản</u>	<u>Người Chủ (nếu sở hữu chung, liệt kê tất cả)</u>	<u>Giá Trị Thị Trường</u>

Đoạn 5 - Tài sản lưu động và tiền trả một lần (cung cấp trương mục ngân phiếu, trương mục tiết kiệm, chứng chỉ tiết kiệm, cổ phiếu hoặc trái phiếu, trương mục ủy thác). (Sử dụng trang riêng để khai thêm trương mục).

☐ Tôi không có (các) trương mục ngân phiếu, tiết kiệm, thị trường tiền tệ hoặc trương mục tài sản thanh khoản khác).

<u>Loại/Số Trương Mục</u>	<u>Chủ Trương Mục</u>	<u>Tên Ngân Hàng/Cơ Sở</u>	<u>Số Dư</u>

<u>Tiền Trả Một Lần</u> <u>Nguồn Lợi Tức</u>	<u>Có người nào trong</u> <u>gia đình được những</u> <u>lợi tức sau đây không:</u>	<u>Nếu có, khi nào nhận</u> <u>tiền trả này</u>	<u>Số người trong gia</u> <u>đình:</u>
Thừa kế	☐ Có ☐ Không		
Xổ số hoặc các giải thưởng khác	☐ Có ☐ Không		
Dàn xếp bảo hiểm/bồi thường lao động	☐ Có ☐ Không		
An sinh xã hội/dàn xếp tình trạng khuyết tật VA	☐ Có ☐ Không		
Tiền thôi việc	☐ Có ☐ Không		
Lợi nhuận vốn	☐ Có ☐ Không		
Tiền trả một lần khác	☐ Có ☐ Không		

*Cần có thông tin về tài sản lưu động và tiền trả một lần để cứu xét đơn xin của quý vị.

Xin lưu ý, nếu không điền đầy đủ tất cả các đoạn thì có thể bị từ chối đơn xin.

☐ Tôi hiểu rằng đơn xin này chỉ áp dụng cho các dịch vụ do Trung Tâm Y Tế Lexington và Hoạt Động Bác Sĩ Liên Kết cung cấp. Điều này không áp dụng cho dịch vụ do những người khác có thể đã hỗ trợ chữa trị cho tôi. Tôi ***hiểu rằng không phải tất cả dịch vụ y tế tại Trung Tâm Y Tế Lexington và Hoạt Động Bác Sĩ Liên Kết đều đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính để dùng tất cả thể thức tùy chọn và cách chữa trị liên quan đến Tai Nạn Xe Động Cơ.***

☐ Tôi hiểu rằng hồ sơ nội vụ của tôi được giữ kín và không có thông tin nào được tiết lộ trừ khi được tôi ủy quyền phù hợp.

Tôi ủy quyền cho Trung Tâm Y Tế Lexington lấy một bản sao báo cáo tín dụng của tôi. Thông tin này được dùng để xét tiêu chuẩn được chương trình này. Tôi cũng biết Equifax Information Services (cơ quan báo cáo tín dụng) của Trung Tâm Y Tế Lexington và Hoạt Động Bác Sĩ Liên Kết cung cấp thông tin này cho người tiêu dùng để sử dụng thông tin cá nhân.

Tôi xác nhận tôi đã đọc hoặc có người khác đã đọc cho tôi nghe tất cả tuyên bố trên mẫu này và thông tin cung cấp là đúng và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu cố tình cung cấp ***bất kỳ*** thông tin sai lệch nào hoặc che giấu ***bất kỳ*** thông tin nào liên quan đến ***bất kỳ*** hoàn cảnh nào, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm bị truy tố về tội gian lận và Trung Tâm Y Tế Lexington (Lexington Medical Center) và Hoạt Động Bác Sĩ Liên Kết (Affiliated Physician Practices) có quyền hủy bỏ chấp thuận hỗ trợ tài chính cho tôi. Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin nào cần thiết để xét tiêu chuẩn xem tôi có được Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Trung Tâm Y Tế Lexington hay không.

Chữ ký của đương đơn		Ngày hôm nay:
Chữ ký của đại diện được ủy quyền (nếu áp dụng)	Mối quan hệ	Ngày hôm nay:

DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG

Họ tên bệnh nhân	Ngày sinh	SỐ HỒ SƠ Y TẾ (MRN):
------------------	-----------	----------------------