

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Hệ Thống Y Tế Tulane

Tên bệnh nhân

Số tài khoản của bệnh nhân

Số điện thoại

Số An Sinh Xã Hội

Ngày sinh (Tháng/ngày/năm)

Làm việc

Thất nghiệp

Chú lao động (Tên, địa chỉ, và số điện thoại)

Tên của vợ/chồng

Số An Sinh Xã Hội

Ngày sinh (Tháng/ngày/năm)

Cha của bệnh nhân

Số An Sinh Xã Hội

Ngày sinh (Tháng/ngày/năm)

(Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

Mẹ của bệnh nhân

Số An Sinh Xã Hội

Ngày sinh (Tháng/ngày/năm)

(Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

**A. Mức lương:** Vui lòng cho biết mức lương của từng người sau đây trong hộ gia đình quý vị.

Bệnh nhân \$ \_\_\_\_\_ Khoanh chọn một  
Giờ/Tuần/Tháng/Năm

Cha của bệnh nhân \$ \_\_\_\_\_ Khoanh chọn một  
Giờ/Tuần/Tháng/Năm  
(nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

Vợ/chồng \$ \_\_\_\_\_ Khoanh chọn một  
Giờ/Tuần/Tháng/Năm

Mẹ của bệnh nhân \$ \_\_\_\_\_ Khoanh chọn một  
Giờ/Tuần/Tháng/Năm  
(nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)

**B. Nguồn khác:** Vui lòng cho biết tổng số tiền từ các nguồn khác khả dụng cho quý vị, bao gồm tài khoản tiết kiệm, tài khoản chi phiếu, cổ phần, trái phiếu, v.v. \$ \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp số tiền thu nhập hàng năm mà quý vị nhận được từ những nguồn khác này, bao gồm thu nhập từ tiền lãi, cổ tức, thu nhập từ tiền thuê nhà, v.v. \$ \_\_\_\_\_

**C. Thành viên trong gia đình:** Vui lòng cho biết số người trong hộ gia đình của bệnh nhân. \_\_\_\_\_

**D. Xác minh thu nhập:** Vui lòng cung cấp bất kỳ loại giấy tờ nào sau đây để xác minh thu nhập của quý vị.

- Mẫu IRS W-2
- Phiếu chuyên tiền lương
- Tờ khai thuế
- Bản sao kê ngân hàng
- Xác minh của chủ lao động
- Bảng chứng tham gia các chương trình Hỗ Trợ của Chính Phủ như phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid, hoặc AFDC
- Thư của Cơ Quan An Sinh Xã Hội hoặc Quyết Định Mức Bảo Hiểm Thất Nghiệp (Unemployment Compensation Determination)
- Khác. xin cho biết

Nếu quý vị không thể cung cấp một trong những giấy tờ về thu nhập nói trên, vui lòng giải thích tại sao lại không có: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng Hệ Thống Y Tế Tulane (THS) có thể kiểm tra thông tin tài chính trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính này ("Đơn Xin") liên quan đến việc đánh giá Đơn Xin này của THS, và bằng chữ ký của tôi ở đây, tôi cho phép chủ lao động của tôi xác nhận thông tin được trình bày trong Đơn Xin này. Tôi cũng ủy quyền cho THS yêu cầu các cơ quan báo cáo tín dụng và Sở An Sinh Xã Hội cung cấp các báo cáo. Tôi xác nhận rằng thông tin này là đúng sự thật theo tất cả sự hiểu biết của mình và tôi biết rằng việc khai gian thông tin trong Đơn Xin này có thể khiến tôi bị từ chối hỗ trợ tài chính.

Tôi hiểu rằng bất kỳ khoản hỗ trợ tài chính nào cũng đều được dựa trên tình trạng không thể thanh toán được của tôi và nếu có bất kỳ nguồn thu nhập nào mới phát sinh, THS có thể thu lại toàn bộ hoặc một phần khoản hỗ trợ tài chính của mình.

Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của bệnh nhân hoặc bên có trách nhiệm

Ngày \_\_\_\_\_

Chữ ký của nhân viên THS nếu có phần nào trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính do Nhân viên THS điền

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Hệ Thống Y Tế Tulane

## Hướng dẫn:

Theo cam kết phục vụ cộng đồng và hoàn thành một trong những mục đích thiện nguyện của Hệ Thống Y Tế Tulane, Hệ Thống Y Tế Tulane quyết định hỗ trợ tài chính cho những người đáp ứng các yêu cầu nhất định về thu nhập.

Để quyết định một người có thể đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập những thông tin tài chính nhất định như đã nêu trong đơn xin này. Sự hợp tác của quý vị sẽ cho phép chúng tôi cân nhắc đúng đắn đề nghị hỗ trợ tài chính của quý vị.

Vui lòng hoàn tất Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính và gửi lại một bản đã hoàn tất cho Nhân Viên Đăng Ký; hoặc có thể gửi bản hoàn tất đó qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:

Patient Account Services  
1415 Tulane Ave.  
New Orleans, LA, 70112

## Phần A: Mức lương

Trong Phần A của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, vui lòng ghi rõ Số tiền bằng đô la mà mỗi người được liệt kê nhận được với tính cách là tiền lương và số tiền đó là tiền lương theo giờ, tuần, tháng hay năm.

## Phần B: Các nguồn khác

Trong khoảng trống đầu tiên ở Phần B của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, vui lòng ghi rõ Số tiền bằng đô la mà quý vị đã đầu tư vào tài khoản chi phiếu, tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, v.v. Trong khoảng trống thứ hai, vui lòng ghi rõ Số tiền bằng đô la thu nhập mà quý vị nhận được hàng năm từ các khoản đầu tư đó. Ví dụ như trong khoảng trống thứ nhất, quý vị có thể điền là \$5,000 trong tài khoản tiết kiệm và trong khoảng trống thứ hai, quý vị có thể điền khoản kiếm được là \$250 tiền lãi hàng năm cho tài khoản đó.

## Phần C: Thành viên gia đình

Phần C trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính yêu cầu cho biết thông tin về số người trong hộ gia đình của bệnh nhân. Con số này bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân và những người phụ thuộc của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng ghi cả bệnh nhân, mẹ và/hoặc cha và/hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân và bất kỳ Người Phụ Thuộc của Thường Trú Nhân nào của mẹ và/hoặc cha và/hoặc Người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân.

## Phần D: Xác minh thu nhập

Để xem xét đề nghị hỗ trợ tài chính của quý vị, cần xác minh tiền lương được báo cáo trong Phần A của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính. Vui lòng cung cấp một bản sao Mẫu IRS W-2, Bản Kê tiền lương và thuế; Phiếu chuyển tiền lương; tờ khai thuế; bản sao kê ngân hàng hoặc các giấy tờ khác thích hợp cho biết về thu nhập hoặc bằng chứng tham gia các chương trình trợ cấp của chính phủ như An Sinh Xã Hội, Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Medicaid, Chương Trình Sức Khỏe Dành Cho Người Nghèo của Hạt, AFDC, Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Phiếu Thực Phẩm, WIC, Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dành cho Trẻ Em, hoặc các chương trình tương tự khác có liên quan đến tình trạng nghèo khó.

Quý vị cũng có thể xác minh tiền lương của mình bằng cách đề nghị chủ lao động cung cấp giấy xác minh hoặc đề nghị chủ lao động của quý vị trao đổi với nhân viên THC.

**Nếu quý vị không thể cung cấp một trong những giấy tờ thu nhập nói trên, xin ghi lời giải thích trong Phần D của Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính.**

## Dịch vụ bác sĩ

Bác sĩ cung cấp dịch vụ không phải là nhân viên của Hệ Thống Y Tế Tulane. Quý vị sẽ nhận được các hóa đơn không phải là của bác sĩ riêng của quý vị và các bác sĩ khác mà quý vị yêu cầu cung cấp dịch vụ. Nếu quý vị có thắc mắc về các hóa đơn này, hoặc nếu quý vị muốn thu xếp thanh toán các dịch vụ của bác sĩ, vui lòng liên hệ văn phòng của bác sĩ.