

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ
TÀI CHÍNH
FINANCIAL ASSISTANCE
PROGRAM APPLICATION**

Page 1 of 2

☐ UMass Memorial Health ☐ UMass Memorial Medical Group - Location: _____

1. Thông tin Bệnh nhân

Viết hoa tên đầy đủ, địa chỉ và thông tin liên hệ của người yêu cầu trợ giúp.

Tên: _____
Viết tắt Họ _____ Tên _____ Tên đệm _____

Địa chỉ: _____ Số nhà và Tên đường _____ Thành phố: _____ Quốc gia: _____

Tiểu bang: _____ Mã zip: _____ SSN: _____ / _____ / _____ Ngày sinh: _____ / _____ / _____

Tình trạng Hôn nhân: ☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Đã ly hôn SĐT Nhà riêng: (____) _____ SĐT Khác: (____) _____

2. Thành viên Gia đình

Hãy liệt kê tất cả thành viên trong gia đình quý vị.

Hãy cung cấp thông tin sau đối với tất cả thành viên trong gia đình trực hệ sống trong nhà của quý vị. Gia đình được xác định là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân và tất cả con dưới 18 tuổi (con ruột hoặc con nuôi) của bệnh nhân và cùng sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, bố mẹ ruột hoặc bố mẹ đẻ của bệnh nhân và anh chị em ruột hoặc anh chị em nuôi dưới 18 tuổi sống cùng nhà với bệnh nhân.

Tên của Thành viên Gia đình	Ngày sinh	Mối quan hệ	Mã số An sinh Xã hội (SSN)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

3. Mức lương

Hãy cung cấp giấy tờ về tất cả các loại tiền lương được liệt kê.

Thành viên Gia đình	Số tiền	Bao nhiêu lâu nhân một lần?

4. Thu nhập Khác

Hãy cung cấp giấy tờ về tất cả các loại thu nhập được liệt kê.

Loại Thu nhập	Thành viên Gia đình Nhận Trợ cấp	Số tiền	Bao nhiêu lần nhận một lần? (khoanh tròn một phương án)
An sinh Xã hội		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thất nghiệp		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Hưu bổng		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Quỹ Khuyết tật		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Trợ cấp Cựu chiến binh		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Trợ cấp Nuôi con		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Tiền cấp dưỡng		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Bồi thường cho Người lao động		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập Ròng từ Cho thuê		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập Tự kinh doanh		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập Tín thác		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Khác		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm

5. Nhận xét/Cam kết Bảo trợ

Sử dụng phần này để cung cấp thêm thông tin về tờ khai bảo trợ của quý vị.

Nếu quý vị đã báo cáo thu nhập là \$0, hãy đưa ra giải thích ngắn gọn về cách quý vị (hoặc bệnh nhân) có thể đáp ứng được những nhu cầu sinh hoạt cơ bản:

6. Thông tin Bảo hiểm Y tế

Hãy cung cấp thông tin về Tiền thanh toán Bảo hiểm Y tế.

Quý vị có bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ không? ☐ Không ☐ Có

Nếu có, hãy cung cấp thông tin bảo hiểm và bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị:

Tên Công ty Bảo hiểm	Mã ID	Tên Người đăng ký	Ngày có Hiệu lực
----------------------	-------	-------------------	------------------

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng mọi thông tin tôi đã khai báo trong đơn đăng ký này cũng như tất cả các đơn từ đính kèm đều đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tôi đồng ý cung cấp thêm tài liệu theo yêu cầu để xác định sự hội đủ điều kiện của tôi.

Tôi biết rằng bất kỳ thông tin nào bị sai đều có thể dẫn đến việc tôi bị từ chối hỗ trợ tài chính.

Tôi đồng ý thông báo cho bệnh viện bất kỳ thay đổi nào về thu nhập, thành viên trong gia đình, phạm vi bảo hiểm y tế hoặc bất kỳ thông tin nào khác có thể thay đổi tình trạng hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính của tôi.

Chữ ký của Người đăng ký/Người bảo lãnh

Tên viết hoa

Ngày

Giờ

Chữ ký của Người đại diện được Ủy quyền

Tên viết hoa

Ngày

Giờ