

Vui lòng hoàn tất toàn bộ thông tin. Nếu thông tin nào không áp dụng cho quý vị, vui lòng viết "NA." Đính kèm trang thông tin bổ sung nếu cần.\*

#### THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần phiên dịch viên không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <i>Nếu chọn Có, liệt kê ngôn ngữ mong muốn:</i>
Bệnh nhân đã đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Bệnh nhân có đang nhận các dịch vụ công của bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Hiện bệnh nhân có trong tình trạng vô gia cư không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn giao thông hoặc tai nạn lao động không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>

#### VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không đảm bảo quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị đăng ký nhận hỗ trợ.
- Sau khi quý vị gửi đơn, chúng tôi sẽ kiểm tra mọi thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc chứng minh thu nhập.
- Chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính trong vòng 14 ngày làm việc kể từ ngày nhận đơn và giấy tờ hoàn chỉnh của quý vị.

#### THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI LÀM ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ _____)	Ngày sinh		Số tài khoản
Người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	Số An sinh xã hội ( <i>không bắt buộc</i> )
Địa chỉ nhận thư			Số liên hệ chính
_____			( ) _____
_____			( ) _____
Mã bưu chính thành phố, bang			Địa chỉ email:
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn			
<input type="checkbox"/> <b>Có việc làm</b> (ngày bắt đầu: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất nghiệp</b> (thất nghiệp trong bao lâu: _____)			
<input type="checkbox"/> <b>Kinh doanh tự do</b> <input type="checkbox"/> <b>Sinh viên</b> <input type="checkbox"/> <b>Khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Nghỉ hưu</b> <input type="checkbox"/> <b>Khác</b> (_____)			

#### THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê danh sách các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" bao gồm các mối quan hệ ruột thịt, hôn nhân hoặc con nuôi đang sống cùng quý vị.

QUY MÔ GIA ĐÌNH \_\_\_\_\_

*Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hằng tháng (trước thuế):	Những thành viên này cũng đăng ký hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

# ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - THÔNG TIN BẢO MẬT

## (tiếp tục)

### THÔNG TIN THU NHẬP

**HÃY NHỚ:** quý vị nên đính kèm bằng chứng thu nhập với đơn đăng ký của mình.

Quý vị cần phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình mình. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:

- Lương hàng tháng - Trợ cấp thất nghiệp. - Thu nhập kinh doanh tự do - Bồi thường lao động - Trợ cấp khuyết tật - SSI
- Trợ cấp nuôi con/vợ/chồng - Các chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu. - Phân bổ Tài khoản hưu trí
- Khác (vui lòng ghi rõ \_\_\_\_\_)

Xác minh thu nhập là điều bắt buộc để xác minh tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.

**Tất cả thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên cần phải cung cấp thông tin thu nhập. Nếu quý vị không thể cung cấp tài liệu, quý vị có thể gửi một văn bản xác nhận thu nhập của mình kèm theo chữ ký. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được xác định của quý vị.**

**Ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:**

- Bản kê khai thuế khấu trừ tại nguồn "W-2"; hoặc
- Phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập năm trước, bao gồm phụ lục (nếu có); hoặc
- Văn bản xác nhận có chữ ký của chủ doanh nghiệp hoặc người khác; hoặc
- Biên bản phê duyệt/từ chối hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm một trang bổ sung kèm theo lời giải thích.

### THÔNG TIN BỔ SUNG:

Vui lòng đính kèm trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị muốn chúng tôi biết, ví dụ như khó khăn về tài chính, thu nhập theo thời vụ hoặc thu nhập tạm thời hoặc tổn thất cá nhân.

### THỎA THUẬN BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Bệnh viện Sức khỏe Hành vi Wellfound có thể xác minh thông tin cung cấp bằng cách xem xét thông tin tín dụng và thu thập thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ việc xác minh tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc các kế hoạch thanh toán khác.

Tôi xác nhận thông tin ở trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp được xác minh là không chính xác thì tôi sẽ bị từ chối hỗ trợ tài chính và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ đã được cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người làm đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày