

Mẫu Hồ Trợ Tài Chánh

Guarantor ID

Tên của bệnh nhân (Họ, Tên, Đệm) Số An Sinh Xã Hội Ngày sinh

Địa chỉ của bệnh nhân Thành phố Tiểu bang Bru chánh Quận

Tình Trạng Hôn Nhân đánh dấu một ô:

___ Đã kết hôn ___ Độc thân ___ Góa ___ Ly thân/Ly hôn

Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm) Số điện thoại

Bệnh nhân có việc làm Có Không

Người hôn phối có việc làm Có Không

Hãng làm của bệnh nhân: _____

Hãng làm của người hôn phối: _____

Số điện thoại: _____

Số điện thoại: _____

A. Lợi tức Xin cho biết lợi tức của mỗi người sau đây trong gia hộ quý vị.

Bệnh nhân Toàn thời gian Bán thời gian

Người hôn phối Toàn thời gian Bán thời gian

Giờ/Tuần = _____

Giờ/Tuần = _____

\$ _____ Giờ Tuần Hai tuần Tháng Năm

\$ _____ Giờ Tuần Hai tuần Tháng Năm

\$ _____ Lợi tức phụ trội

\$ _____ Lợi tức phụ trội

Tổng lợi tức của Gia hộ \$ _____

B. **Kiểm chứng lợi tức:** Xin cung cấp 2 mẫu Kiểm Chứng Lợi Tức (*chỉ gửi bản sao, không gửi tài liệu gốc*) cho tất cả các nguồn lợi tức của gia hộ (nhận các tài liệu liệt kê dưới đây).

Báo cáo thuế (khuyến cáo)

Bản kê chi tiết các giao dịch nhà băng (khuyến cáo)

Giấy trả chi phiếu lương

Nếu quý vị không thể cung cấp tài liệu khuyến cáo, thì xin cho biết lý do.

C. **Những người trong gia đình:** Xin cho biết tổng số người trong gia hộ của bệnh nhân.

(Con số này chỉ bao gồm bệnh nhân, người hôn phối và những người thuộc quyền)

D. **Tài sản và các Nguồn tiền bạc khác:** Xin khoanh tròn câu trả lời của quý vị

Quý vị có tài sản hoặc nguồn tiền bạc nào khác không? (Ví dụ trương mục tiết kiệm, ủy thác, cổ phiếu, trái phiếu, trương mục hưu trí, quỹ hỗ trợ, v.v...)

Có

Không

Nếu Có, số tiền hiện có là: \$ _____

Quý vị có bảo hiểm y tế không?

Có

Không

Nếu Có, xin cho biết tên hãng bảo hiểm: _____

Quý vị có Trương Mục Tiết Kiệm Y Tế hoặc Trương Mục Chi Tiêu Uyển Chuyển không?

Có

Không

Nếu Có, số tiền hiện có là: \$ _____

Tôi hiểu rằng Hệ Thống Sức Khỏe MHS (Methodist Health System, hay MHS) có thể kiểm chứng thông tin tài chánh có trong Đơn Xin Hồ Trợ Tài Chánh này (Financial Assistance Application, hay FAP) để giúp MHS đánh giá đơn xin này, và với chữ ký của tôi, tôi ủy quyền cho chủ hãng làm của tôi hoặc bất cứ người nào được liệt kê trong đơn xin này xác nhận hoặc cung cấp thêm thông tin chi tiết bổ sung cho thông tin có trong đơn xin này. Tôi cũng ủy quyền cho MHS được đòi hỏi báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng và Cơ Quan An Sinh Xã Hội. Tôi xác nhận rằng các tuyên bố trong đơn xin này là đúng và chính xác, theo hiểu biết và tin tưởng tốt nhất và thể hiện thành ý của tôi. Tôi biết rõ rằng sửa đổi hoặc cung cấp thông tin sai lệch trong đơn xin này có thể dẫn đến việc bị từ chối hỗ trợ tài chánh. Ngoài ra tôi cũng hiểu rằng các bác sĩ và người chăm sóc sức khỏe không phải là nhân viên của MHS. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận hóa đơn riêng từ những người chăm sóc sức khỏe đó và đơn xin hỗ trợ tài chánh này không áp dụng với số tiền dư còn thiếu.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Người Chịu Trách Nhiệm

Viết họ tên bằng chữ in

Ngày

Gửi đơn xin đã điền tới

Methodist Health System
CC 90840
PO BOX 655999
Dallas, TX 75265-9969