

# ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH

(Điền tất cả các mục trừ phi được ghi khác đi)

Họ, Tên Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	*Số Người Trong Gia Đình	Thu Nhập Hàng Năm Trong Gia Đình cho 12 Tháng Qua \$
Nếu là Trẻ dưới vị thành niên, Họ, Tên Người Bảo Trợ	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Nguồn Thu Nhập của Người Bảo Trợ	
Xe Cộ Trong Nhà kể cả Xe/Tàu Bè/Xe RV (Năm/Hiệu Xe/Kiểu Xe)  (Tùy Ý)	Số Tiền Hiện Có Trong Trương Mục Chi Phiếu/Tiết Kiệm  (Tùy Ý)	Tài Sản Sở Hữu và Giá Trị  (Tùy Ý)	Số Tiền Hiện Có Trong Trương Mục CD /Hưu Trĩ/Đầu tư  (Tùy Ý)	Các Tài Sản Khác  (Tùy Ý)
Địa Chỉ Bệnh Nhân		Số Điện Thoại Nhà	Nếu thu nhập là \$0, xin đánh vào một ô:	
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng		Số Điện Thoại Thay Thế		Sống với Thân Nhân
Số con dưới 21 tuổi trong nhà: _____				Sống với Bạn
				Về Hưu
				Thất Nghiệp
				Tật Nguyền
				Vô Gia Cư

Xin đọc trước khi ký. Tôi **XÁC NHẬN** rằng các thông tin tôi đã cung cấp là đúng và chính xác với sự hiểu biết nhất của tôi. Tôi sẽ tự mình, hay với sự giúp đỡ của nhân viên bệnh viện, nộp đơn xin **BẤT CỨ** và **TẤT CẢ SỰ HỖ TRỢ** nào hiện có thể có của chính quyền liên bang, tiểu bang, địa phương, và các nguồn trợ giúp tư nhân để giúp trả hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng nếu tôi không hợp tác với nhân viên bệnh viện để cung cấp các thông tin yêu cầu, đơn xin của tôi có thể bị từ chối trợ giúp tài chính. Qua đây, tôi cho phép và ủy quyền cho bất kỳ nhân viên được ủy nhiệm nào của chương trình Medicaid chia sẻ cho nhân viên bệnh viện của tôi **TẤT CẢ** các thông tin về tình trạng đơn xin Medicaid, và nếu đơn không được chấp thuận, và lý do không được chấp thuận. Tôi sẽ **ĐƯA** cho nhân viên bệnh viện của tôi **TẤT CẢ CÁC QUỸ** nhận được từ các nguồn hỗ trợ ở trên, được cung cấp cho tôi để giúp chi trả **HÓA ĐƠN BỆNH VIỆN** này. Tôi, nhân danh chính tôi, và cho (những) người thân trong gia đình của tôi, (các) vị đại diện được ủy quyền, bác sĩ, nhân viên tư vấn (kể cả tầng lữ), và luật sư, đồng ý giữ và bảo vệ sự bảo mật kín đáo nhất cho bất cứ các cuộc thảo luận giao tiếp bằng văn thư và/hay bằng miệng nào giữa tôi và nhân viên bệnh viện của tôi, về các vấn đề liên quan tới các dịch vụ cung cấp cho tôi bởi nhân viên bệnh viện của tôi. Tôi hiểu rằng các thông tin tôi nộp phải chịu sự xác minh bởi nhân viên bệnh viện của tôi, kể cả các cơ quan báo cáo tín dụng, và phải chịu sự tái xét bởi **CÁC CƠ QUAN LIÊN BANG** và/hay **TIỂU BANG**, và các cơ quan khác theo yêu cầu. Tôi xin **ỦY QUYỀN** cho chủ sở làm của tôi đưa cho nhân viên bệnh viện của tôi bằng chứng thu nhập của tôi. Tôi **HIỂU** rằng, nếu bất cứ thông tin nào tôi đưa ra là không đúng, nhân viên bệnh viện của tôi sẽ thẩm định lại tình trạng tài chính của tôi, và thực hiện bất cứ hành động nào thích hợp. Để đủ tiêu chuẩn được giúp, yêu cầu ít nhất một chứng từ chứng minh nhằm xác nhận thu nhập trong gia đình. Chứng từ chứng minh có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, tờ khai thuế năm gần nhất, một tờ W-2 hiện hành, một lá thư hỗ trợ được công chứng, vân vân. Các yêu cầu xin trợ giúp có thể bị từ chối nếu không cung cấp chứng từ chứng minh. Bất cứ số tiền còn lại chưa trả nào cũng sẽ hợp lệ cho hành động truy thu thêm. [Người Nộp Đơn của Tiểu Bang Florida: Florida Statute s.817.50 (1). Bất cứ ai sẽ, sẵn lòng và có ý định gian dối, lấy hay có ý định lấy đồ, sản phẩm, hàng hóa hay các dịch vụ từ bất cứ bệnh viện nào trong tiểu bang này, sẽ phải chịu tội tiểu hình cấp độ hai, có thể bị phạt theo đạo luật s.775.082 hay s.775- 083.] Để được hướng dẫn làm đơn này, xin gọi (407) 303-0500.

Chữ Ký của Đường Đơn /Người Bảo Trợ

Ngày Hoàn Tất

\* Khi tính số người trong gia đình, chỉ có những người sau đây được tính: 1) Thân nhân ruột thịt sống trong nhà, 2) Thân nhân là người kết hôn sống trong nhà, và 3) Thân nhân là con nuôi hợp pháp sống trong nhà.

Vietnamese

## Chỉ Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
_____	_____	_____	_____	_____
Manager	Date	Director	Date	