

HỒ SƠ YÊU CẦU

CHỨNG MINH THU NHẬP VÀ TIỀM LỰC KINH TẾ

Quý vị phải cung cấp bản sao những thông tin sau kèm theo đơn xin. Không cung cấp được những thông tin đó đơn xin của quý vị sẽ bị chậm trễ hoặc có thể bị từ chối.

1. Chứng minh nhân thân... **bằng lái hiện tại**, thẻ căn cước DPS, thẻ cử tri, thẻ đăng ký người nước ngoài hoặc thẻ cư trú tạm thời.
2. **Số/Thẻ an sinh xã hội** cho mọi người trong hộ gia đình của quý vị.
3. Lần lấy lương, tiền gửi tiết kiệm và báo cáo liên hiệp tín dụng **gần đây nhất**.
4. Xác minh cổ phiếu, trái phiếu dài hạn, trái phiếu trung hạn, và chứng chỉ tiền gửi.
5. Ít nhất **bốn cường séc lương gần đây nhất** hoặc mẫu xác nhận có việc làm do người sử dụng lao động điền.
6. Thư thông báo đồng ý cấp hoặc xác nhận các khoản thu nhập khác như **An sinh Xã hội, SSI**, thất nghiệp, bồi thường tai nạn lao động, hưu trí, và trợ cấp nuôi con.
7. Biên lai tiền thuê hoặc biên lai thế chấp.
8. Biên lai thanh toán xe.
9. **Hóa đơn tiên ích**
10. **Bất kỳ biên lai chi phí hàng tháng nào khác** (có nghĩa là, các hóa đơn y tế chưa trả, biên lai tiền thuốc theo đơn, chi phí giữ trẻ ban ngày, hàng tạp hóa, hóa đơn thanh toán tiền gas, học phí, v.v.)

* Thông tin về chủng tộc là tự nguyện và bắt buộc để đảm bảo lợi ích được cung cấp không phân biệt chủng tộc, màu da, và nguồn gốc dân tộc. Thông tin này không ảnh hưởng đến tính đủ tư cách của quý vị hay mức phúc lợi của quý vị.

2. Cung cấp hạt và bang nơi hộ gia đình quý vị cư trú (nơi quý vị làm nhà của mình).....

Hạt	Bang
-----	------

3. Liệu tất cả những người được liệt kê cần Hỗ trợ Y tế dự định cư trú với tư cách là cư dân ở hạt và tiểu bang này?..... Có Không

ĐƠN XIN HỖ TRỢ Y TẾ TỪ THIÊN
Trang 2

4. Có ai sống cùng quý vị nhận phúc lợi từ (đánh dấu "Có" hoặc "Không" đối với mỗi loại chương trình):

AFDC <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	SSI <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Phiếu thực phẩm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	An sinh Xã hội <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Medicaid <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	WIC <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--	--	---	---	--

5. Có ai sống cùng quý vị có công việc (bao gồm việc bán ngày, trông trẻ, v.v.) hay có ai đang được đào tạo nghề không?.... Có Không
Nếu "Có" điền vào chỗ trống đối với mỗi người đang trong quá trình đào tạo hay có việc làm (bao gồm cả công việc tự kinh doanh):

Cho biết Tên những Người đang LÀM VIỆC hay được ĐÀO TẠO	Cho biết Tên và Địa chỉ của Người sử dụng lao động của Địa điểm Đào tạo được cung cấp	Số Giờ Trên Tuần		Bao lâu được trả lương?					Tổng Lương (Trước Khấu Trừ)
		Thường xuyên	Tăng ca	*1	*2	*3	*4	*5	

*1 = Hàng ngày *2 = Hàng tuần *3 = Hai tuần một lần *4 = Hai lần hàng tháng *5 = Hàng tháng

6. Liệu quý vị hay người khác trong hộ gia đình quý vị có nhận được tiền từ các nguồn dưới? (đánh dấu "Có" hoặc "Không"):

	Có	Không
An sinh Xã hội		
Thu nhập An sinh Bổ sung (Supplemental Security Income -- SSI)		
Phúc lợi và hoặc Lương hưu của Cựu chiến binh		
Quý hưu trí của Ngành đường sắt		
Các Phúc lợi Hưu trí hay Lương hưu khác		
Chi phiếu Phúc lợi (AFDC)		
Tiền mặt, Quà tặng hay Đóng góp từ Bố mẹ, Họ hàng, Bạn bè, Người khác		
Chi phiếu Trợ cấp Thất nghiệp		
Bồi thường Tai Nạn Lao động		
Các khoản thanh toán từ Bảo hiểm Cá nhân		
Phúc lợi từ Quỹ nghiệp đoàn (bao gồm phúc lợi đình công)		
Lương Quân đội		
Tiền cho Thuê Nhà hay Căn hộ		
Tiền từ Người thuê phòng hay Người ở trọ trong Nhà quý vị		

	Có	Không
Trợ cấp Nuôi con và/hoặc Tiền Cấp dưỡng		
Cổ tức từ Cổ phiếu hay Trái phiếu		
Lãi suất từ Tài khoản Tiết kiệm hay Chứng chỉ Tiền gửi		
Tiền từ Hợp đồng thuê Dầu, Gas, hay Khoáng sản hay Tiền bản quyền		
Tiền từ các Cơ quan Phúc lợi tư hay công khác		
Tiền từ Trang trại (bao gồm cho thuê đồng cỏ, các khoản thanh toán ASC, Chăn nuôi, và các loại tiền liên quan khác)		
Các khoản tiền khác (gồm các khoản vay của quý vị, các khoản thanh toán một lần (lump-sum) nhận được)		
Các Khoản vay cho Giáo dục, Các Khoản Tài trợ, hay Học bổng		
Liệt kê Thu nhập Khác:		

Nếu quý vị trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào trong 6 câu trên, hãy hoàn thành nội dung dưới đây:

Tên Người Nhận Tiền	Người Trả Tiền	Nếu là An sinh Xã hội, Nhập Sổ Yêu cầu Thanh toán	Số tiền Nhận được	Bao lâu được Nhận

ĐƠN XIN HỖ TRỢ Y TẾ TỪ THIÊN
Trang 3

7. Trong bốn tháng qua, quý vị hay thành viên hộ gia đình quý vị người mà quý vị muốn hỗ trợ đã nhận được dịch vụ y tế nào mà chưa thanh toán không? Có Không
8. Quý vị có khoản chi phí y tế nào trong sáu tháng tới không? Có Không
9. Hiện tại quý vị hay ai đó trong gia đình quý vị cần bất kỳ khoản bảo hiểm sức khỏe tư nhân nào không? Có Không
Nếu “Có”, hãy điền vào những nội dung dưới đây về bảo hiểm sức khỏe tư nhân.

Tên Công ty Bảo hiểm		Hợp đồng Bảo hiểm Số:	Nhóm Số:	Tên của Người mua Bảo hiểm
Địa chỉ Công ty Bảo hiểm			Có Liên quan đến Công việc? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu “Có”, Tên Người Sử dụng lao động
Ngày Bảo hiểm có Hiệu lực	Ngày Bảo hiểm hết Hiệu lực	Tên của những Người Hợp đồng Bảo hiểm này Chi trả		

10. Quý vị hay ai đó sống cùng quý vị có bất kỳ hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào trong sáu tháng qua mà hiện không còn được bao trả nữa không? Có Không
Nếu “Có”, điền nội dung sau:

Tên Công ty Bảo hiểm		Hợp đồng Bảo hiểm Số:	Nhóm Số:	Tên của Người mua Bảo hiểm
Địa chỉ Công ty Bảo hiểm			Có Liên quan đến Công việc? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu “Có”, Tên Người Sử dụng lao động
Ngày Bảo hiểm có Hiệu lực	Ngày Bảo hiểm hết Hiệu lực	Tên của những Người Hợp đồng Bảo hiểm này Chi trả		

11. Liệt kê chi phí hàng tháng của quý vị dưới đây:

	SỐ TIỀN	BAO LÂU LẠI CÓ HÓA ĐƠN	NGÀY THANH TOÁN LẦN GẦN NHẤT
Thanh toán Tiền Thuê hay Tiền Nhà			
Thuế, Thuế Đặc biệt			
Thanh toán Bảo hiểm Nhà ở			
Điện thoại			
Tiện ích (gas, điện, v.v.)			
Thực phẩm			
Các khoản phí			
Chi phí Y tế			
Khoản vay			
Khác (vui lòng nêu rõ):			

12. Liệu quý vị hay có ai đó trong hộ gia đình quý vị trả tiền thuê người trông trẻ hay chăm sóc người khuyết tật hay người già để quý vị có thể làm việc hay học tập không?..... Có Không

Ai chăm sóc?	Bao lâu một lần?	Bao nhiêu tiền?
Địa chỉ của người chăm sóc:		Số điện thoại

ĐƠN XIN HỖ TRỢ Y TẾ TỪ THIỆN

Trang 4

13. Liệu quý vị hay ai đó sống cùng quý vị bất kỳ tài sản nào dưới đây (nếu “Có”, ghi giá trị):

	Có	Không	Giá trị
A. Tài khoản Tiết kiệm hay Tài khoản Nghiệp đoàn Tín dụng			
B. Tài khoản Thanh toán			
C. Tiền mặt			
D. Cổ phiếu, Trái phiếu, v.v.			
E. Quyền lợi về Dầu, Khoáng sản			
F. Bảo hiểm Nhân thọ (mệnh giá)			
G. Bảo hiểm An táng (mệnh giá)			
H. Tài sản (Bất động sản)			
I. Vật nuôi			

	Có	Không	Giá trị
J. Ô tô con, Xe tải, Xe máy, Thuyền và các Phương tiện khác			

Liệt kê năm, nhãn hiệu và số loại đối với mỗi phương tiện:

Năm	Nhãn hiệu	Model

14. Liệu quý vị hay ai đó sống cùng quý vị sở hữu hay quý vị có định mua bất kỳ tài sản nào liệt kê trên không? Có Không
 Nếu “Có” liệt kê xuống dưới (không liệt kê vật dụng của hộ gia đình như đồ đạc, thiết bị hay những đồ cá nhân như trang sức hay quần áo):

15. Quý vị hay thành viên trong hộ gia đình quý vị có bán, trao đổi, hay cho đi vật quý nào trong hai năm qua hay không?.....
 Có Không
 Nếu “Có” liệt kê xuống dưới (không liệt kê vật dụng của hộ gia đình như đồ đạc, thiết bị hay những đồ cá nhân như trang sức hay quần áo):

16. Nếu ai đó giúp quý vị điền đơn này, xin cho biết tên và địa chỉ của người đó:

Tên	Địa chỉ (Đường, Thành phố, Bang, Zip)	Số điện thoại
-----	---------------------------------------	---------------

17. Cho biết tên và địa của một người họ hàng hay bạn bè để liên lạc trong trường hợp khẩn cấp:

Tên	Địa chỉ (Đường, Thành phố, Bang, Zip)	Số điện thoại
-----	---------------------------------------	---------------

Câu trả lời của tôi cho tất cả các câu hỏi và phát biểu mà tôi đã đưa ra là đúng sự thật và chính xác theo tất cả những gì tôi biết.

Tôi đồng ý cung cấp cho nhân viên xét duyệt đơn bất cứ thông tin nào chứng minh những phát biểu về tính đủ điều kiện nhận chăm sóc từ thiện của tôi. Tôi sẽ hoàn toàn hợp tác với nhân viên của bệnh viện lấy thông tin từ bất cứ nguồn nào để chứng minh những phát biểu mà tôi đã trình bày.

Tôi đã được cho biết và hiểu rằng nếu việc tôi không đáp ứng được yêu cầu đã đề ra có thể được coi là cố ý giấu thông tin và có thể dẫn đến phải bồi hoàn bất cứ tổn thất nào bằng cách hoàn trả, hay bằng cách chịu trách nhiệm hình sự hay dân sự.

Tôi cam đoan là tôi đang xin những dịch vụ theo Chính sách Chăm sóc Từ thiện của Hệ thống Y tế Methodist. Tôi, hay người chịu trách nhiệm cho tôi, không đủ khả năng tài chính để thanh toán tất cả chi phí của các dịch vụ cần thiết.

Tôi đồng ý báo cáo bất cứ thay đổi nào trong những điều sau trong vòng 14 ngày:

Thu nhập, Tiềm lực kinh tế, Số người sống cùng tôi, Địa chỉ, Các trường hợp khác ảnh hưởng đến điều kiện nhận hỗ trợ y tế của tôi.

Tôi đã được cho biết và hiểu rằng đơn này sẽ được xem xét bất kể chủng tộc, màu da, tôn giáo, tín ngưỡng, nguồn gốc dân tộc, tuổi, giới tính, khuyết tật, hay quan điểm chính trị.

TRƯỚC KHI QUÝ VỊ KÝ HÃY ĐẢM BẢO RẰNG MỖI CÂU TRẢ LỜI LÀ ĐẦY ĐỦ VÀ CHÍNH XÁC

Chữ ký – Người làm đơn

Ngày

Chữ ký – Vợ/Chồng

Ngày

Chữ ký – Nhân chứng

Ngày