

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Cảm ơn quý vị vì đã chọn Central Texas Rehabilitation Hospital. Central Texas Rehabilitation Hospital là một đoàn mục vụ y tế theo Công giáo có sứ mệnh thúc đẩy chúng tôi chăm sóc và cải thiện sức khỏe cho những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ với mối quan tâm đặc biệt đến người nghèo và người dễ bị tổn thương. Để thực hiện sứ mệnh của mình, chúng tôi cung cấp hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế.

Nếu quý vị không thể chi trả cho các dịch vụ y tế đã nhận, quý vị có thể nộp đơn xin hỗ trợ tài chính. Central Texas Rehabilitation Hospital sẽ xem xét đơn của quý vị để xác định xem quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ của chính phủ như Medicaid, hỗ trợ từ cộng đồng, hay hỗ trợ tài chính không.

Hỗ trợ tài chính đối với các dịch vụ cần thiết về mặt y tế chỉ có hạn và không được dùng để thay thế kế hoạch tài chính hợp lý, bảo hiểm y tế hoặc nguồn quỹ công có sẵn mà quý vị có thể hội đủ điều kiện thụ hưởng.

Hướng dẫn hoàn thành đơn này:

Vui lòng hoàn thành Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính đi kèm và cung cấp các tài liệu bắt buộc được liệt kê bên dưới. Vui lòng **không bỏ trống bất cứ mục nào!** Đơn của quý vị sẽ không được xử lý nếu thông tin cung cấp không đầy đủ.

Đơn của quý vị sẽ được đánh giá theo Mục 311, Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn Texas, cũng như theo các nguyên tắc được nêu trong mục 501-R của Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe Hợp Túi Tiền. Chúng tôi được yêu cầu xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ của quý vị dựa trên hạn mức nghèo khó của liên bang và toàn bộ nguồn thu nhập của quý vị và gia đình quý vị. Trong một số trường hợp, chúng tôi phải xem xét cả các nguồn lực tài chính, tài sản và bất động sản không miễn thuế của quý vị ngoài thu nhập.

Theo đó, chúng tôi yêu cầu quý vị cung cấp những tài liệu sau cùng với đơn xin hỗ trợ tài chính. Quý vị phải gửi kèm bằng chứng về thu nhập từ mọi thành viên trong hộ gia đình trước khi chúng tôi xử lý đơn. Nếu quý vị không có tài liệu nào, vui lòng ghi rõ N/A bên cạnh tài liệu bị thiếu đó. Mọi thông tin nhận được đều cần xác minh.

Vui lòng cung cấp toàn bộ tài liệu cần thiết:

_____ Tờ Khai Thuế Thu Nhập gần đây nhất của mỗi thành viên gia đình tham gia lao động [*Chấp nhận tờ khai của năm trước đó cho đến ngày 15 tháng Tư*]

VD: Tờ Khai Thuế năm 2015 sẽ được chấp nhận cho đến ngày 15 tháng Tư năm 2017

_____ Cuống Séc; **ba** kỳ lương gần đây nhất của mỗi thành viên gia đình tham gia lao động

_____ Thư của chủ lao động xác nhận khoản thu nhập đã nêu trên đơn, được viết trên giấy riêng của công ty

_____ Thư từ văn phòng quản lý người thất nghiệp

_____ Thư từ Văn Phòng An Sinh Xã Hội hoặc bản sao séc An Sinh Xã Hội

_____ Tài liệu về mọi dạng Thu Nhập khác; *Trợ Cấp Nuôi Con, Tiền Cấp Dưỡng, Thu Nhập Hưu Trí, Quỹ Tín Thác, v.v.*

_____ Thư xác nhận về mọi chương trình tài trợ công cộng hoặc nguồn thanh toán của bên thứ ba; *MAP, Medicaid, Xác Nhận Trách Nhiệm Pháp Lý Tai Nạn Ô Tô, v.v.*

(TIẾP TỤC Ở MẶT SAU)

- _____ Thư xác nhận về các chương trình hỗ trợ của chính phủ; *Phiếu Lương Thực, WIC, Nhà Ở Trợ Cấp, v.v.*
- _____ Thư chứng thực từ thành viên gia đình, bạn bè, v.v.
- _____ Bảng điểm chính thức của trường học
- _____ Bảng chứng về địa chỉ; *hóa đơn điện nước, bản sao kê ngân hàng, bản sao kê thẻ tín dụng, v.v. trong vòng 3 tháng gần đây*

Nếu quý vị đã được ghi danh vào một trong các chương trình Hỗ Trợ Của Chính Phủ được liệt kê trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, quý vị không cần cung cấp bằng chứng về thu nhập nữa ngoại trừ bằng chứng ghi danh hoặc thư chứng nhận gắn với Chương Trình Hỗ Trợ Của Chính Phủ.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng gọi điện đến các đơn vị theo chỉ dẫn bên dưới:

Central Texas Rehabilitation Hospital
<u>NỘI HAT:</u> (512) 407-2111
<u>Số Điện Thoại Đường Dài Miễn Phí:</u> 1-888-813-0756

Vui lòng gửi mẫu đơn này, cùng với Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính hoàn chỉnh, qua đường bưu điện đến địa chỉ bên dưới:

Central Texas Rehabilitation Hospital Services Attn: Financial Assistance 7333 N. Freeway Suite 500 Houston, TX 77076
--

Đơn của quý vị sẽ được xử lý, sau khi quý vị cung cấp toàn bộ thông tin và thông báo về quyết định sẽ được gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ của người bảo lãnh trên hồ sơ. Khả năng hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính của quý vị sẽ được duy trì trong 30 ngày. Nếu đã quá 30 ngày kể từ ngày nộp đơn ban đầu, quý vị phải nộp đơn lại để được nhận thêm bất cứ hỗ trợ cần thiết nào. Tương tự, nếu quý vị đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính có hiệu lực trước đó, việc quyết định khả năng hội đủ điều kiện của quý vị sẽ áp dụng với mọi dư nợ chưa thanh toán hết.

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Số Tài Khoản Seton: _____ Số Dư Tài Khoản: _____ Số Y Bạ: _____

Tên Bệnh Nhân: _____
 Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh: _____ Tình Trạng Hôn Nhân: _____
 Người Bảo Lãnh: _____ Số An Sinh Xã Hội Của Người Bảo Lãnh: _____
 Địa Chỉ Đường Phố: _____ Số Điện Thoại: _____
 Thành Phố: _____ Quận: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Thông Tin Thu Nhập

Số Người Phụ Thuộc: _____ Số Cá Nhân Có Thu Nhập: _____ Tổng Tiền Lương Hàng Tháng: \$ _____
 Trợ Cấp Thất Nghiệp Hàng Tháng: \$ _____ Trợ Cấp Nuôi Con Hàng Tháng: \$ _____
 Tiền Cấp Dưỡng Hàng Tháng: \$ _____ Tiền Thu từ Quỹ Tín Thác: \$ _____
 Phúc Lợi Thu Nhập ASXH Hàng Tháng: \$ _____ Thu Nhập Hàng Tháng Khác: \$ _____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG \$ _____

QUÝ VI CẦN CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH CHO TỪNG LOẠI THU NHẬP ĐÃ LIỆT KÊ

Hỗ Trợ Của Chính Phủ

*Vui lòng **ĐÁNH DẤU** những ô áp dụng*

Phiếu Lương Thực WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em) Nhà Ở Trợ Cấp
 MAP CCHC Texas Medicaid/CHIP Medicaid (một tiểu bang *không phải* Texas): _____
 Chương Trình Chăm Sóc Người Nghèo Của Quận (tên quận): _____
 Seton Care Plus (SCP) Music Seton Care Plus (MSCP)

QUÝ VI CẦN CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH CHO TỪNG LOẠI HỖ TRỢ ĐÃ ĐÁNH DẤU

Mục Thông Tin Tài Sản

*Bao gồm **tất cả** các giá trị có thể áp dụng*

<input type="checkbox"/> Cổ Phiếu	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Trái Phiếu	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> IRA	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Nhà Ở Phụ	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> Tàu Thuyền	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Ô Tô Sơ Tư	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> RV	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Ô Tô Không Cần Thiết	Giá Trị \$ _____
		<input type="checkbox"/> Các Mặt Hàng Xa Xỉ Khác	Giá Trị \$ _____

TỔNG GIÁ TRỊ TÀI SẢN \$ _____

CHỨNG NHẬN: Tôi chứng nhận theo hiểu biết tốt nhất và niềm tin chắc chắn của tôi rằng thông tin ở trên là đúng, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng thông tin có thể được tiết lộ cho mục đích báo cáo về dịch vụ chăm sóc không được bồi thường.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh: _____ Ngày: _____

Người Hoàn Thành: _____ Ngày: _____