



Kính gửi Bệnh nhân/Người bảo lãnh,

Chúng tôi hiện đang xem xét tài khoản của bạn. Để xem xét tài khoản này để nhận Hỗ trợ Tài chính, chúng tôi yêu cầu các tài liệu sau:

- A. Đơn xin Đánh giá Tài chính đã được điền đầy đủ.
- B. Bản sao tờ khai thuế năm ngoái và bản sao kê gần đây nhất của bạn cho tất cả các tài khoản séc và tiết kiệm.
- C. Bản sao (các) cuống phiếu lương, (các) séc thất nghiệp, (các) Bản kê khai Phúc lợi An sinh Xã hội và/hoặc Bản kê khai Phúc lợi Hưu trí/Hưu trí cho hộ gia đình trong bốn tuần gần đây nhất của bạn.
- D. Thư hỗ trợ; nếu bạn đang nhận được tài chính, nhà ở, thực phẩm/quần áo và/hoặc sự hỗ trợ khác từ gia đình, bạn bè và/hoặc một tổ chức không phải là vợ/chồng của bạn.
- E. Nếu bạn nhận được nhà ở trợ cấp của chính phủ, SNAP (phiếu thực phẩm) hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình trực hệ của bạn có SoonerCare/Medicaid, vui lòng cung cấp bằng chứng về những tài liệu này.

Những mục này cần thiết để ghi lại điều kiện tài chính của bạn và để chúng tôi xử lý yêu cầu hỗ trợ của bạn.

Vui lòng trả lại các mặt hàng được yêu cầu càng sớm càng tốt. Bạn có thể gọi (918) 494-6500 nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào. Bạn sẽ được liên hệ nếu cần thêm thông tin và cũng để thông báo cho bạn về quyết định đã đưa ra. Cảm ơn bạn đã lựa chọn Hệ thống Y tế Saint Francis cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình.

Trở lại:
Attn: Financial Counseling
Saint Francis Health System
6161 S Yale Ave
Tulsa, OK 74136

Trân trọng,
Hệ thống Y tế Saint Francis
Dịch vụ tài chính cho bệnh nhân

| | | | | |
|---|--|---|--|----------------------------|
| HỌ TÊN BỆNH NHÂN | | <input type="checkbox"/> NAM <input type="checkbox"/> NỮ | TUỔI | NGÀY SINH |
| QUÝ VỊ CÓ PHẢI LÀ CÔNG DÂN HOA KỲ | CƯ DÂN OKLAHOMA | QUÝ VỊ ĐÃ ĐĂNG KÝ TRỢ CẤP Y TẾ (MEDICAID) CHƯA | | NẾU CÓ, HÃY CHO BIẾT THÁNG |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | | NĂM |
| QUÝ VỊ HOẶC VỢ/CHỒNG CỦA QUÝ VỊ CÓ TỰ LÀM CHỦ KHÔNG | QUÝ VỊ ĐÃ NỘP HỒ SƠ KHAI THUẾ LIÊN BANG CHƯA | KHAI THUẾ LIÊN BANG | QUÝ VỊ CÓ ĐƯỢC BAO TRẢ BẢO HIỂM BÊN THỨ BA KHÔNG | |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| QUÝ VỊ CÓ ĐƯỢC GHI DANH TRONG CHƯƠNG TRÌNH TRAO ĐỔI CHƯA | | | | |
| <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không - Nếu không thì tại sao không? | | | | |

| THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM | ĐƯƠNG ĐƠN | | VỢ/CHỒNG CỦA ĐƯƠNG ĐƠN | | |
|--------------------------------|---|------------------------|---|------------------------|--------|
| | TÊN | | TÊN | | |
| | ĐỊA CHỈ | | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ ZIP |
| | SỐ ĐIỆN THOẠI () | ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG () | SỐ ĐIỆN THOẠI () | ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG () | |
| | SỐ AN SINH XÃ HỘI | | SỐ AN SINH XÃ HỘI | | |
| | HÃNG SỞ | | HÃNG SỞ | | |
| | NẾU THẤT NGHIỆP, GHI NGÀY CUỐI CÙNG ĐÃ ĐI LÀM | | NẾU THẤT NGHIỆP, GHI NGÀY CUỐI CÙNG ĐÃ ĐI LÀM | | |
| | NGÀY KIỂM TRA LẦN CUỐI ĐÃ NHẬN | | NGÀY KIỂM TRA LẦN CUỐI ĐÃ NHẬN | | |

| CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH SỐNG TRONG NHÀ | | | | |
|--|-----------|------|---------|-------------------|
| TÊN | NGÀY SINH | TUỔI | QUAN HỆ | SỐ AN SINH XÃ HỘI |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| THU NHẬP GIA ĐÌNH <small>Liệt kê số tiền của từng người</small> | Bệnh Nhân | | Vợ/chồng | |
|--|------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | LƯƠNG TUẦN / LƯƠNG THÁNG / TIỀN BƠ | LÃI / CÓ TỨC | TIỀN TRỢ CẤP | AN SINH XÃ HỘI |
| KHUYẾT TẬT | THẤT NGHIỆP | BỒI THƯỜNG NGƯỜI LAO ĐỘNG | TỰ LÀM CHỦ - ĐÍNH KÈM BIỂU MẪU C | |
| LƯƠNG TUẦN / LƯƠNG THÁNG / TIỀN BƠ | LÃI / CÓ TỨC | TIỀN TRỢ CẤP | AN SINH XÃ HỘI | LƯƠNG HƯU / HƯU TRÍ |
| KHUYẾT TẬT | THẤT NGHIỆP | BỒI THƯỜNG NGƯỜI LAO ĐỘNG | TỰ LÀM CHỦ - ĐÍNH KÈM BIỂU MẪU C | |

| NGUỒN THU GIA ĐÌNH <small>Liệt kê giá Trị Hiện Tại</small> | Tài Khoản Thanh Toán | | | |
|--|--|---|--|----|
| | Tài Khoản Tiết Kiệm | | | |
| | IRA / 401K / 430B | | | |
| | Tem Phiếu Thực Phẩm (liệt kê số tiền nhận được) | WIC <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Cần Thư Xác Nhận Đủ Điều Kiện) | TRỢ CẤP GIA CƯ THU NHẬP THẤP <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Cần Thư Xác Nhận Đủ Điều Kiện) | |
| | TÀI SẢN (NHÀ CỬA HOẶC TÀI SẢN RIÊNG NGOÀI NƠI CƯ TRÚ CỦA QUÝ VỊ) - MÔ TẢ VÀ ĐỊA ĐIỂM | | GIÁ THỊ TRƯỜNG | \$ |
| DỊCH VỤ BỆNH VIỆN/DỊCH VỤ BÁC SĨ NÀY CÓ PHẢI LÀ KẾT QUẢ TỪ MỘT VỤ VIỆC THƯƠNG TÍCH/TAI NẠN CÁ NHÂN MÀ QUÝ VỊ YÊU CẦU ĐƯỢC DÀN XẾP GIẢI QUYẾT | | | NẾU CÓ, GHI SỐ TIỀN YÊU CẦU | |
| | | | \$ | |

Tôi theo đây thừa nhận rằng tôi đã đọc tài liệu này. Tài liệu này đã được cung cấp ở dạng bản in hoặc được giải thích cho tôi bằng ngôn ngữ mẹ đẻ của tôi và tôi đã hiểu rõ nội dung. Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin liên quan đến thu nhập và tài sản đều đúng sự thật. Tôi hiểu rằng những thông tin mà tôi gửi đi liên quan đến thu nhập, tài sản, trách nhiệm pháp lý và quy mô gia đình của tôi sẽ được kiểm chứng. Tôi theo đây ủy quyền việc tiết lộ bất cứ thông tin nào cần thiết từ các cá nhân, trường đại học hoặc cao đẳng, các doanh nghiệp, tổ chức công hoặc tư nhân để xác định khả năng hội đủ điều kiện của tôi. Tôi chỉ định và chuyển giao cho Hệ Thống Y Tế Saint Francis tất cả các quyền đối với phúc lợi, tiền và tổng số tiền phải trả cho tôi cho việc nhập viện, bệnh tật, hoặc bao trả trách nhiệm tai nạn. Tôi hiểu rằng việc không tiết lộ các thông tin và/hoặc khoản thanh toán sẽ dẫn đến việc từ chối đơn xin này.

| | | |
|---|---------------------------|------|
| BỆNH NHÂN - CHỮ KÝ | NGÀY | GIỜ |
| NGƯỜI ĐIỀN BIỂU MẪU, NẾU KHÔNG PHẢI LÀ BỆNH NHÂN - CHỮ KÝ | MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN | NGÀY |
| | | GIỜ |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| THÔNG DỊCH VIÊN / NHÂN CHỨNG - CHỮ KÝ | |
| NGÀY | GIỜ |

NHÃN BỆNH NHÂN

