

Vui lòng điền II đầy đủ thông tin. Nếu không áp dụng, vui lòng viết "NA." Đính kèm các trang bổ sung nếu cần.*

THÔNG TIN ĐÁNH GIÁ SƠ BỘ

Quý vị có cần phiên dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:</i>	
Bệnh nhân đã nộp đơn xin Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Bệnh nhân có đang nhận các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Hiện tại bệnh nhân có đang trong tình trạng vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc chấn thương do công việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
VUI LÒNG LƯU Ý	
<ul style="list-style-type: none"> Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi đã nộp đơn. Sau khi nhận được hồ sơ, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm tài liệu hoặc bằng chứng về thu nhập. Trong vòng 14 ngày kể từ khi nhận được hồ sơ đầy đủ, chúng tôi sẽ thông báo quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không. 	

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên bệnh nhân	Tên đệm bệnh nhân	Họ bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ: _____)	Ngày sinh	Mã hồ sơ	
Người chịu trách nhiệm thanh toán	Mối quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	Số an sinh xã hội (<i>tùy chọn</i>)
Địa chỉ gửi thư			Số điện thoại liên hệ chính () _____ () _____ Địa chỉ email
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện	
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán			
<input type="checkbox"/> Đang làm việc (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thời gian thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Sinh viên <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)			

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi và đang sống cùng nhau.

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH _____ *Đính kèm thêm trang nếu cần*

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Nhà tuyển dụng hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH - BẢO MẬT

(tiếp theo)

THÔNG TIN THU NHẬP

LƯU Ý: Quý vị phải đính kèm bằng chứng thu nhập cùng với hồ sơ.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập gia đình. Các nguồn thu nhập có thể bao gồm:

- Tiền lương - Trợ cấp thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường lao động - Trợ cấp khuyết tật - SSI - Trợ cấp nuôi con/cấp dưỡng
- Chương trình vừa học vừa làm (dành cho sinh viên) - Lương hưu - Phân bổ từ quỹ hưu trí - Nguồn khác (vui lòng ghi rõ _____)

Cần xác minh thu nhập để xác định hỗ trợ tài chính.

Tất cả thành viên từ 18 tuổi trở lên trong gia đình phải khai báo thu nhập. Nếu không có tài liệu chứng minh, có thể nộp bản cam kết bằng văn bản có chữ ký mô tả thu nhập hiện có. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập đã xác định.

Ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:

- Tờ khai khấu trừ thuế "W-2"; hoặc
- Phiếu lương hiện tại (3 tháng gần nhất); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập của năm trước, kèm phụ lục nếu có; hoặc
- Thư xác nhận có chữ ký từ người sử dụng lao động hoặc người khác; hoặc
- Quyết định chấp thuận/từ chối trợ cấp thất nghiệp.

Nếu không có thu nhập hoặc không có bằng chứng, vui lòng đính kèm thêm trang giải thích. Vui lòng đính kèm trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị muốn chúng tôi biết, ví dụ như khó khăn về tài chính, thu nhập theo thời vụ hoặc thu nhập tạm thời hoặc tổn thất cá nhân.

THÔNG TIN BỔ SUNG

Hỗ trợ Tài chính không bao gồm: Chi phí chăm sóc của các bác sĩ không làm việc cho Wellfound Behavioral Health Hospital (WBHH), dịch vụ xe cứu thương, phí bác sĩ cho các dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hoặc trị liệu, chi phí nhà thuốc bán lẻ, dịch vụ khám nhanh, dịch vụ được cung cấp trong quá trình chuyển viện hoặc khám trực tuyến.

CAM KẾT CỦA NGƯỜI BỆNH

Tôi hiểu rằng Wellfound Behavioral Health Hospital có thể xác minh thông tin bằng cách kiểm tra tín dụng hoặc thu thập dữ liệu từ các nguồn khác để xác định khả năng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc lập kế hoạch thanh toán.

Tôi xác nhận rằng các thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin cung cấp là sai sự thật, tôi sẽ bị từ chối hỗ trợ tài chính và phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí dịch vụ đã được cung cấp.

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

THÔNG TIN LIÊN HỆ

Nếu có thắc mắc hoặc cần gửi hồ sơ, vui lòng gửi email đến Văn phòng Hỗ trợ Tài chính theo địa chỉ:
wellfoundfinancialassistance@wellfound.org.