

Tên bệnh nhân: _____	Ngày sinh: _____	Số bảo hiểm xã hội #: _____
Địa chỉ thường trú: _____		Số điện thoại nhà #: _____
Tình trạng hôn nhân: ___	Tình trạng công việc: _____	Số điện thoại hay dùng #: _____

Hoàn tất thông tin dưới đây nếu đã kết hôn:

Tên Vợ/Chồng: _____	Ngày sinh: _____	Số bảo hiểm xã hội #: _____
Tình trạng công việc của Vợ/Chồng: _____		

Liệt kê người phụ thuộc như đã kê khai trong khai báo thuế (Đính kèm tài liệu riêng nếu cần cung cấp thêm thông tin):

Tên: _____	Ngày sinh: _____	Thu nhập: _____
Tên: _____	Ngày sinh: _____	Thu nhập: _____
Tên: _____	Ngày sinh: _____	Thu nhập: _____
Tên: _____	Ngày sinh: _____	Thu nhập: _____

Đánh dấu nếu thỏa mãn các điều kiện dưới đây: (Tài liệu đính kèm.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nhận trợ giúp y tế từ Nhà nước | <input type="checkbox"/> Nhận trợ cấp thực phẩm/Hỗ trợ bữa ăn học đường/Chương trình hỗ trợ dinh dưỡng cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em/Chương trình bảo hiểm y tế trẻ em Louisiana/Bộ gia cư và Phát triển đô thị Hoa Kỳ |
| <input type="checkbox"/> Vô gia cư/Nghèo | <input type="checkbox"/> Nhận trợ cấp thuốc từ Nhà nước |
| <input type="checkbox"/> Qua đời mà không có Vợ/Chồng/tài sản | <input type="checkbox"/> Chịu trách nhiệm và/hoặc là Nạn nhân của Tội ác bạo lực |

Các nguồn thu nhập được tính: (tổng thu nhập, trợ cấp thất nghiệp, bảo hiểm tàn tật an sinh xã hội /thu nhập an sinh bổ sung, lương hưu, tất cả nguồn thu nhập khác)

Tổng thu nhập hàng tháng của bệnh nhân: _____	Thu nhập mỗi giờ / Số giờ mỗi tuần: _____	Nguồn thu: _____
Tổng thu nhập hàng tháng của Vợ/Chồng: _____	Thu nhập mỗi giờ / Số giờ mỗi tuần: _____	Nguồn thu: _____
Các thành viên khác trong gia đình cùng chung sống:		
Tổng thu nhập hàng tháng: _____	Thu nhập mỗi giờ / Số giờ mỗi tuần: _____	Nguồn thu: _____

Thu nhập hộ gia đình được xem xét khi đưa ra quyết định hỗ trợ tài chính. Thu nhập sau đây được sử dụng khi tính thu nhập thu nhập và gia đình:

- Bao gồm thu nhập, trợ cấp thất nghiệp, bồi thường cho người lao động, an sinh xã hội, thu nhập an sinh bổ sung, trợ cấp cộng đồng, trợ cấp cựu chiến binh, lợi ích cho người còn sống, lương hưu, tiền lãi, cổ tức, tiền thuê, tiền bản quyền, thu nhập từ bất động sản, tín thác, hỗ trợ giáo dục, tiền cấp dưỡng, hỗ trợ trẻ em, hỗ trợ từ bên ngoài gia đình, và các nguồn đa dạng khác.
- Xác định trên cơ sở trước thuế. Bao gồm thu nhập của tất cả các thành viên gia đình những người ở cùng nhau và người phụ thuộc được kê khai tờ khai thuế thu nhập. (Không tính những đối tượng không phải người thân, như bạn ở cùng nhà.) Đối với người phụ thuộc đang sống bên ngoài nhà, Thu nhập hộ gia đình bao gồm thu nhập của người phụ thuộc đang sống bên ngoài nhà, cùng với thu nhập của những người kê khai có người phụ thuộc trên báo cáo thuế của họ.
- Thu nhập hộ gia đình cũng bao gồm các nguồn thu hoặc tài sản có thể dễ dàng chuyển đổi thành tiền mặt; bao gồm nhưng không giới hạn các tài khoản kiểm tra, tài khoản tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu, chứng chỉ tiền gửi và tiền mặt. Ngoại trừ Tài khoản hưu trí cá nhân và Quỹ hưu trí 401K cho đến khi tiền được chuyển đi

Khi ký tài liệu này, tôi, bệnh nhân hoặc người chăm sóc, xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Hơn nữa, nếu tài liệu giúp xác định rằng người nộp đơn có thể đủ điều kiện hưởng Chăm sóc y tế, Trợ giúp y tế, hoặc phạm vi bảo hiểm khác, tôi sẽ có hành động cần thiết để nhận sự hỗ trợ và sẽ chỉ định hoặc trả cho bệnh viện số tiền được thu hồi để thanh toán viện phí. Nếu bất kỳ thông tin nào tôi đưa ra được chứng minh là không đúng sự thật, tôi hiểu rằng bệnh viện có thể đánh giá lại tình hình tài chính của mình và tiến hành bất cứ hành động nào thích hợp. Tôi cũng hiểu rằng hoàn thành mẫu đơn này không đảm bảo việc được tham gia chương trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện truyền giáo dòng thánh Franciscan của hệ thống sức khỏe nữ giới (FMOL-HS). Nếu có thể, tôi đồng ý để lộ thông tin cá nhân cho các Công ty được phẩm nhằm mục đích kiểm nghiệm duy nhất trong Chương trình thay thế trợ giúp y tế lớn cho bệnh nhân. Tôi xác nhận tôi sẽ liên hệ/ thông báo cho cơ sở trong trường hợp tôi thay đổi bảo hiểm và / hoặc thu nhập.

Chữ ký người làm đơn _____

Ngày: _____

XÁC MINH THU NHẬP VÀ TÀI LIỆU HỖ TRỢ

Cần xác minh thu nhập cho tất cả yêu cầu hỗ trợ tài chính. Phải cung cấp các tài liệu sau đây:

1. Hoàn thành mẫu đơn hỗ trợ tài chính
2. Chứng minh nhân dân photo hoặc bản hợp pháp lý
3. Tờ khai thuế mới nhất cho các bệnh nhân/người bảo lãnh, các thành viên gia đình cùng chung sống trong, và người phụ thuộc có tên trên tờ khai thuế của bệnh nhân/người bảo lãnh. Phải có xác nhận từ Sở thuế vụ nếu bệnh nhân/người bảo lãnh không được yêu cầu phải nộp các loại thuế liên bang (do thu nhập thấp hoặc không có thu nhập).

Số điện thoại Sở thuế vụ miễn phí: 1-800-908-9946 hoặc 800-829-1040

4. Chứng minh thu nhập đối với bệnh nhân/người bảo lãnh, các thành viên gia đình cùng chung sống, và người phụ thuộc có tên trên tờ khai thuế của bệnh nhân / người bảo lãnh:
 - i. Nếu làm thuê: Phiếu lương 3 tháng cuối cùng, báo cáo ngân hàng 3 tháng cuối cùng, mẫu W-2 cuối cùng có sẵn
 - ii. Nếu tự kinh doanh: Báo cáo thu nhập hàng tháng khi tự kinh doanh hoặc một bản sao sổ cái kế toán/bản tóm tắt kiểm tra tài khoản kinh doanh.
 - iii. Nếu không có việc: Một bản sao thông tin phúc lợi An Sinh khuyết tật Xã Hội, thu nhập An Sinh Xã Hội/lợi ích khác, mẫu đơn 1099-R, lương hưu, trợ cấp cộng đồng, tai nạn lao động, quỹ tín thác, thất nghiệp, hỗ trợ quân sự, hỗ trợ trẻ em, và cấp dưỡng; hóa đơn trợ cấp cộng đồng; hóa đơn nghỉ hưu; và/hoặc tuyên bố hỗ trợ có công chúng.
5. Nếu người nộp đơn đã mất và không có bên nào khác nhận trách nhiệm thì cần có bản sao giấy chứng tử để chứng minh rằng bệnh nhân qua đời trước khi xin hỗ trợ tài chính được xem xét.

QUYẾT ĐỊNH TRỢ GIÚP TÀI CHÍNH

1. Mẫu đơn hoàn chỉnh đi kèm tài liệu hỗ trợ phải được xác định đã nhận trong vòng 30 ngày từ ngày yêu cầu trợ giúp tài chính.
2. Mẫu đơn không thỏa mãn các điều kiện này có thể bị hoàn trả hoặc từ chối.
3. Yêu cầu trợ giúp tài chính nên được xử lý ngay và bệnh viện truyền giáo dòng thánh Franciscan của hệ thống sức khỏe nữ giới (FMOLHS) nên thông báo người nộp đơn hoặc bệnh nhân bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận mẫu đơn hoàn chỉnh
4. Nếu được chấp thuận, áp dụng hỗ trợ tài chính từ mẫu đơn hỗ trợ bắt đầu cho tới 6 tháng sau đó.

Bạn có thể gửi thông tin tới Bộ phận điều hành hoặc gửi thư điện tử tới các địa điểm sau:

Park Place Surgical Hospital
Gửi cho: Bộ phận điều hành / Tư vấn tài chính
4811 Ambassador Caffery Parkway
Lafayette, LA 70508

