

Kính gửi Quý Bệnh nhân:

Đính kèm tại đây là Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính INTEGRIS Community Hospital. Việc hoàn thành đơn sẽ cho phép chúng tôi cân nhắc nhu cầu hỗ trợ tài chính đối với (các) hóa đơn y tế của quý vị. Các đơn này cần phải được nộp lại mỗi sáu tháng. Đơn đăng ký phải bao gồm thông tin về tổng thu nhập hộ gia đình và tổng số người hiện đang cư trú tại hộ gia đình.

Chúng tôi hiểu được mong muốn bảo mật của quý vị. Theo đó, trừ trường hợp nhằm xác minh, thông tin có trong đơn của quý vị sẽ được coi là thông tin mật. Nó sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất kỳ ai ngoài INTEGRIS Community Hospital.

Vui lòng hoàn thành từng mục trong đơn. Nếu quý vị cần thêm chỗ để giải thích thêm, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn. Chúng tôi có thể sẽ thu thập báo cáo tín dụng để xác minh thông tin mà quý vị cung cấp trong đơn này. **Các bản chụp tài liệu sẽ không được chấp nhận. Mọi tài liệu được cung cấp sẽ trở thành tài sản của INTEGRIS Community Hospital và không được hoàn lại cho quý vị.**

Bản sao của tất cả các giấy tờ liên quan tới quý vị được liệt kê dưới đây phải được cung cấp để chúng tôi có thể đưa ra quyết định về việc hỗ trợ. Hồ Sơ Thuế Tự Khai không được chấp nhận.

1. Bản sao đầy đủ của Hồ Sơ Thuế Năm Trước.
(Đối với Hồ Sơ - IRS Chính Thức của quý vị -Gọi 1-800-908-9946). (Cái này không bao gồm mẫu đơn W-2 hay séc lương)
2. Bản sao đầy đủ của Hồ Sơ Thuế Năm Trước và Thư Cấp An Sinh Xã Hội. (Bao gồm thu nhập của vợ/chồng, nếu phù hợp).
3. Bản sao đầy đủ Tờ khai thuế Năm trước kèm theo Tờ trình về tình trạng khuyết tật chỉ ra những khuyết tật vĩnh viễn có kèm giấy tờ.
4. Mọi tài liệu khác, theo yêu cầu, để tiến hành xét hồ sơ.

(Nếu quý vị không còn khai thuế – quý vị phải cung cấp tài liệu Không Khai Thuế IRS theo danh sách yêu cầu trên đây.)

**Nếu là người hành nghề tự do, vui lòng cung cấp một tờ khai thuế thu nhập cá nhân gần nhất và một thông báo về lãi và lỗ, bao gồm tất cả các biểu thuế được áp dụng.*

Việc quý vị hoàn thành đơn đăng ký này ngay khi nhận được và gửi lại đơn trong vòng 15 ngày là vô cùng quan trọng. **Đơn đăng ký sẽ được xem xét trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận và quý vị sẽ được thông báo kết quả trong vòng 60 ngày.** Nếu gặp bất kỳ khó khăn gì trong việc hoàn thiện đơn này hoặc có thắc mắc, quý vị vui lòng liên hệ văn phòng của chúng tôi theo số (877) 516-0911. *Giờ hành chính Thứ Hai-Thứ Sáu 8:00 sáng-5:00 chiều hoặc gửi tới Văn Phòng Kinh Doanh INTEGRIS Community Hospital Central Business Office tại 8686 New Trails Dr., The Woodlands, TX 77375*

Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,
Văn Phòng Kinh Doanh INTEGRIS Community Hospital

Sửa đổi ngày 20.03.2020



Cơ sở: _____

Acct#: _____

Guar #: _____

Đơn Đăng Ký Hỗ trợ Tài chính

Tên Bệnh nhân Họ _____ Tên: _____

Ngày sinh của Bệnh nhân: _____ Mã số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố _____ Bang _____ Mã bưu chính _____

Tên Người Đảm bảo/Vợ/Chồng _____

Ngày sinh: _____ Mã số An sinh Xã hội: _____

Đã kết hôn _____ Độc thân _____ Li dị _____ Góa Vợ/Chồng _____

Quý vị có con ở tuổi vị thành niên không (dưới 18)?	Có _____	Không _____
Những người con đó có sống với quý vị không? hợp pháp của quý vị?	Có _____	Không _____
Họ có phải là con đẻ/nhận nuôi	Có _____	Không _____

Tên của Chủ Lao Động _____

Tên Chủ Lao Động của Vợ/Chồng _____

Số điện thoại # _____

Số điện thoại # _____

Địa chỉ _____

Địa chỉ _____

Nghề nghiệp _____

Nghề nghiệp _____

<u>Thu Nhập</u>	<u>Tổng</u>	<u>Ròng</u>	<u>Thành viên Gia đình</u>	
<u>(Tổng Hàng Tháng)</u>				
Bệnh nhân	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
Vợ/Chồng	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
Người phụ thuộc	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
Hỗ trợ công	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
An Sinh Xã Hội	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
Thất nghiệp	\$	\$	Trẻ em	Tuổi
TỔNG	\$	\$		

Hãy cung cấp bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là sẽ hữu ích để chúng tôi đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ của quý vị trong việc trả (các) hóa đơn bệnh viện.

*Tôi hiểu rằng INTEGRIS Community Hospital có thể xác thực thông tin tài chính có trong đơn đăng ký này nhằm đánh giá đơn, và do đó cho phép họ liên hệ với chủ lao động của tôi để chứng thực thông tin tôi cung cấp và yêu cầu từ đơn vị cung cấp bảo cáo tín dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ từ thiện và xác minh chống giả mạo. Thông tin có trong đơn này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. **Đơn này cần phải được hoàn thành để trước khi tôi bước tiếp theo, nếu không đơn có thể sẽ bị hoãn và/hoặc từ chối.***

Tôi đồng ý rằng bất kỳ khoản bồi hoàn chi phí y tế nào tôi nhận được liên quan tới việc điều trị này phải được gửi tới INTEGRIS Community Hospital.

Chữ ký của người nộp yêu cầu _____

Ngày _____

Chữ ký của người nộp yêu cầu, nếu không phải bệnh nhân _____

Mối Quan hệ _____

Sửa đổi ngày 20.03.2020