

## Đơn Xin Vào Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính (Chăm Sóc Nhân Đạo) của Bệnh Viện Nhi Đồng Seattle

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Nếu mục nào không áp dụng cho quý vị, hãy điền "NA" (Không áp dụng). Đính kèm thêm trang nếu cần.

THÔNG TIN CƠ BẢN		
Quý vị có cần thông dịch viên nếu chúng tôi cần liên lạc với quý vị để hỏi thêm thông tin không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có, hãy cho biết ngôn ngữ mong muốn</i>		
Quý vị đã nộp đơn xin bảo hiểm Medicaid cho bệnh nhân này chưa? <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa <i>(Quý vị có thể được yêu cầu làm đơn xin hưởng Medicaid trước khi được xem xét hỗ trợ tài chính. Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị nếu cần.)</i>		
Bệnh nhân có nhận được các chương trình trợ cấp của tiểu bang như là TANF, Basic Food, hay WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết chắc		
Hiện tại bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Có phải nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến một vụ tai nạn ô tô hay tai nạn lao động không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN		
Tên bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân, viết đầy đủ hay viết tắt	Họ của bệnh nhân
Ngày sinh		
Người chịu trách nhiệm trả hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh
Địa chỉ gửi thư		(Các) số liên lạc chính
		( ) _____
		( ) _____
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
		Địa chỉ email:

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH				
Liệt kê tên tất cả các thành viên gia đình trong gia hộ của quý vị, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, kết hôn, hoặc nhận con nuôi mà đang sinh sống cùng với nhau. <i>Đính kèm thêm trang nếu cần.</i>				<b>SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH</b> _____
Tên, họ	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Số hồ sơ bệnh nhân tại Bệnh Viện Nhi Đồng Seattle (nếu biết)	Nếu người này từ 18 tuổi trở lên: tổng thu nhập hàng tháng (thu nhập trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ khác):

**Phải khai báo thu nhập của tất cả thành viên trưởng thành trong gia đình.** Ví dụ, các nguồn thu nhập bao gồm:  
 Tiền lương • Tiền thất nghiệp • Việc tự kinh doanh • Tiền bồi thường lao động • Tiền khuyết tật • Trợ cấp an sinh (SSI) • Tiền cấp dưỡng con hay vợ/chồng cũ • Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) • Lương hưu • Tiền rút từ trương mục hưu trí  
*Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng về thu nhập, ví dụ như phiếu lương hay giấy khai thuế năm trước. Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị nếu cần những tài liệu này.*

Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng cho biết quý vị trang trải tiền ăn uống, nhà ở như thế nào:

THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ CÁC CHI PHÍ	
Nếu con quý vị có bảo hiểm sức khỏe, tên của chương trình bảo hiểm y tế đó là gì?	Quý vị có phải tự trả một phần hay toàn bộ phí bảo hiểm hàng tháng cho (các) con không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị trả bao nhiêu? \$ _____ /tháng

**THÔNG TIN THÊM – ĐÍNH KÈM THÊM TRANG**  
 Vui lòng đính kèm thêm trang nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết (ví dụ như những khó khăn tài chính, thu nhập theo mùa hoặc tạm thời, hoặc những mất mát cá nhân).

**THỎA THUẬN**  
 Tôi hiểu rằng Bệnh Viện Nhi Đồng Seattle có thể kiểm chứng các thông tin trong đơn xin này và có thể sử dụng các nguồn khác để xác nhận xem tôi có hội đủ điều kiện hưởng chương trình hỗ trợ tài chính hoặc trả góp hay không.  
 Tôi khẳng định rằng các thông tin trên đây là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi khai thông tin sai sự thật thì tôi sẽ bị từ chối hỗ trợ tài chính và sẽ chịu trách nhiệm và phải trả chi phí cho các dịch vụ do Bệnh Viện Nhi Đồng Seattle cung cấp.

Chữ ký của người làm đơn xin \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_