

Đơn xin hỗ trợ tài chính

Tên bệnh nhân: _____

Địa chỉ của bệnh nhân: _____

Số Điện thoại: _____ Ngày Phẫu thuật: _____

Email: _____

Tổng chi phí: _____ Số tiền giảm trừ _____

Yêu cầu hỗ trợ ở: _____ Quan hệ với bệnh nhân _____

Liệt kê từng thành viên của hộ gia đình bệnh nhân, bao gồm cả bệnh nhân, như được liệt kê trên tờ khai hoàn thuế. Sử dụng thêm giấy nếu cần thiết.

TÊN	TUỔI	MỐI QUAN HỆ	TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG	NGUỒN THU NHẬP

VUI LÒNG HOÀN THÀNH MỤC SAU VỀ TÀI SẢN, KHOẢN NỢ THU NHẬP VÀ CHI THIÊU CỦA QUÝ VỊ:

Quý vị hiện đang có việc làm? Có _____ Không có _____

Vui lòng cung cấp bản sao của hai (2) chứng phiếu lĩnh lương gần đây nhất và bản sao tờ khai hoàn thuế hiện tại của quý vị.

Quý vị sở hữu nhà riêng hay thuê nhà? Sở hữu Đi thuê Tiền thuê nhà/trả góp hàng tháng: \$ _____

Số tiền còn lại của khoản trả góp: \$ _____

Quý vị có xe ô tô riêng hay đi thuê xe? Sở hữu Đi thuê Tiền thanh toán xe cộ hàng tháng: \$ _____

Khoản tiền còn nợ mua xe: \$ _____

Chi phí sinh hoạt hàng tháng của quý vị là bao nhiêu? Dưới 500\$ Từ 500\$ đến 1.000\$ Từ 1.000\$ đến 2.000\$ Trên 2.000\$

Tổng thu nhập của gia đình trong ba (3) tháng vừa rồi \$ _____

Số dư tài khoản vãng lai \$ _____ Số dư tài khoản tiết kiệm \$ _____

Khoản đầu tư không thuộc quỹ hưu trí \$ _____ Số dư tiết kiệm hưu trí \$ _____

VUI LÒNG KIỂM TRA NẾU BẠN NHẬN ĐƯỢC HOẶC CÓ BẤT CỨ NGƯỜI LẠC THÊM VÀO DƯỚI ĐÂY: Bảo hiểm thương mại Bảo hiểm

dành cho cựu chiến binh Champus/Tricare Medicare Medicaid SNAP Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng

TANF COBRA Các mục khác, vui lòng ghi rõ: _____

Dịch vụ này có phải do tai nạn mà trong đó quý vị có thể có yêu cầu bồi thường hoặc được luật sư đại diện? _____

Nếu đúng, vui lòng cho biết tên của luật sư và thông tin liên lạc? _____

Tôi xác nhận thông tin nêu trên là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cho Lake Ridge Surgery Center xác nhận thông tin này với người sử dụng lao động và các cơ quan khác. Tôi cũng hiểu rằng thông tin này sẽ được Liên bang và/hoặc các cơ quan Chính phủ xem xét đánh giá. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể làm đơn xin bất cứ sự trợ giúp nào khác mà tôi có thể tiếp cận.

Chữ ký: _____ Ngày: _____



Place
Stamp
Here

Lake Ridge Surgery Center
ATTN: Business Office Manager
12825 Minnieville Road, Suite 204
Woodbridge, Virginia 22192

**Kính gửi quý bệnh nhân của Lake
Ridge Surgery Center,**

Là một nhà cung cấp chăm sóc sức
khỏe, chúng tôi quan tâm tới sức
khỏe của
bệnh nhân từ lúc bắt đầu nhập
viện tới khi xuất viện và khi ra
hóa đơn.

Chúng tôi hiểu rằng các chi phí
chăm sóc sức khỏe thường không
được lên hoạch trước và việc đáp
ứng các yêu cầu tài chính có thể
quá sức đôi với quý vị. Điều này
đặc biệt đúng nếu quý vị không
được bảo hiểm sức khỏe chi trả.

Nếu quý vị nghi rằng quý vị có thể
đủ tiêu chuẩn để được hỗ trợ tài
chính hoặc được chăm sóc theo tỷ
lệ được khấu trừ dựa trên thu
nhập của quý vị, vui lòng giúp
chúng tôi đánh giá khả năng đủ
tiêu chuẩn để được hỗ trợ bằng
cách hoàn thành biểu mẫu này và
gửi lại cho chúng tôi.