

Tên Bệnh Nhân (Họ, Tên, Tên đệm)		Số An Sinh Xã Hội	
Địa Chỉ của Bệnh Nhân	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Số Điện Thoại	Tình Trạng Hôn Nhân: <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Góa bụa	<input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Ly hôn
		Tên Vợ/Chồng _____	
Thuê Làm Việc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Được Thuê Làm Việc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Chủ Lao Động của Bệnh Nhân _____		Chủ Lao Động của Vợ/Chồng _____	
Số Điện Thoại _____		Số Điện Thoại _____	

Tài khoản Baylor Scott & White Health khác cho hộ gia đình của quý vị có số dư chưa thanh toán (Vui lòng nêu TÊN, NGÀY SINH và TÊN CÓ SỐ của bệnh nhân)

**\*\*Nếu chưa được thuê làm việc, vui lòng điền tên và số điện thoại của chủ lao động trước\*\***

<b>A. Thu Nhập:</b> Vui lòng cung cấp thu nhập của từng cá nhân sau đây trong hộ gia đình quý vị.	
Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm <b>Thu Nhập Bỏ Sung</b> \$ _____ Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm <b>Thu Nhập Bỏ Sung</b> \$ _____ <b>Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình \$ _____</b>	Vui lòng chỉ điền phần này nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên (nếu không phải hãy bỏ trống) Cha của Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm <b>Thu Nhập Bỏ Sung</b> \$ _____ Mẹ của Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm <b>Thu Nhập Bỏ Sung</b> \$ _____ <b>Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình \$ _____</b>

**B. Xác Minh Thu Nhập:** Vui lòng cung cấp xác minh (*chỉ gửi bản sao, không gửi bản chính*) cho tất cả các nguồn thu nhập của hộ gia đình (giấy tờ được chấp nhận được liệt kê dưới đây). Đánh dấu các tài liệu đính kèm:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Giấy Báo Chuyển Phiếu Lương | <input type="checkbox"/> Xác Minh của Chủ Lao Động | <input type="checkbox"/> Thẩm Tra Tín Dụng (do BSWH hoàn thành)  |
| <input type="checkbox"/> Biểu Mẫu IRS W-2            | <input type="checkbox"/> Tờ Khai Thuế              | <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ của Chính Phủ (phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid, TANF)                        |
| <input type="checkbox"/> Bản Sao Kế Ngân Hàng        | <input type="checkbox"/> Khác (mô tả dưới đây)     | <input type="checkbox"/> Thư Xác Nhận An Sinh Xã Hội, Bồi Thường cho Người Lao Động hoặc Trợ Cấp Thất Nghiệp |

Nếu quý vị không thể cung cấp một trong số các nguồn tài liệu về thu nhập liệt kê ở trên, xin hãy giải thích lý do tại sao thông tin này không được cung cấp:

\_\_\_\_\_

**C. Thành Viên Gia Đình:** Vui lòng cung cấp tổng số người trong hộ gia đình của bệnh nhân.

(Con số này chỉ cần bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng và những người phụ thuộc của bệnh nhân)

**D. Tài Sản và Các Nguồn Lực Khác:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| Quý vị có sẵn bất cứ tài sản hoặc nguồn lực nào khác không?<br>(Ví dụ: tài khoản tiết kiệm, ủy thác, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí, quỹ góp vốn đầu tư, v.v.) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu Có, số tiền hiện có: \$ _____                |
| Quý vị có bảo hiểm y tế không?  | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu Có, vui lòng liệt kê tên nhà cung cấp: _____ |
| Quý vị có Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế hoặc Tài Khoản Chi Tiêu Linh Động không?   | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu Có, số tiền hiện có: \$ _____                |

Tôi hiểu rằng Baylor Scott & White Health ("BSWH") có thể xác minh thông tin tài chính đã nêu trong Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính ("Đơn Đăng Ký") này kết hợp với đánh giá của BSWH về Đơn Đăng Ký và bằng việc ký tên bên dưới, tôi ủy quyền cho chủ lao động hoặc cá nhân được nêu trong Đơn Đăng Ký này xác nhận hoặc cung cấp chi tiết bổ sung liên quan tới thông tin được cung cấp trong Đơn Đăng Ký. Tôi cũng ủy quyền cho BSWH yêu cầu lấy báo cáo từ cơ quan báo cáo tín dụng và Số An Sinh Xã Hội. Tôi xác nhận rằng các tuyên bố được đưa ra trong Đơn Đăng Ký là đúng sự thật và chính xác, theo hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi và được đưa ra một cách có thiện chí. Tôi nhận thức được rằng việc khai gian hoặc xuyên tạc thông tin trong Đơn Đăng Ký này có thể dẫn đến việc từ chối hỗ trợ tài chính.

Tôi cũng hiểu rằng một vài bác sĩ và nhà cung cấp có thể không phải là nhân viên của BSWH. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được hóa đơn riêng từ những nhà cung cấp ngoài hệ thống và đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính này sẽ không áp dụng cho những dự nợ đến hạn đó.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm _____	Tên Viết In Hoa _____	Ngày _____
--	-----------------------	------------

<b>For Hospital Use Only</b>	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	_____
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:	_____
<input type="checkbox"/> Patient is part of community care program	Program Name _____

Kính gửi Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh:

Là một phần trong cam kết phục vụ cộng đồng, Baylor Scott & White Health cung cấp hỗ trợ tài chính cho các cá nhân đáp ứng một số điều kiện về thu nhập nhất định. Sự hợp tác của quý vị sẽ cung cấp cho chúng tôi thông tin để xử lý yêu cầu của quý vị. Để xác định liệu quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, chúng tôi cần các thông tin sau đây:

□ **Bảng Chứng Thu Nhập**

Xác minh thu thập là điều kiện bắt buộc đối với bệnh nhân và vợ/chồng (nếu có), hoặc cha mẹ của bệnh nhân nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên. Vui lòng cung cấp bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau (liệt kê theo thứ tự ưu tiên): Biểu Mẫu IRS W-2, Giấy Báo Lương và Thuế; giấy báo chuyển phiếu lương; tờ khai thuế cá nhân; bằng chứng tham gia chương trình hỗ trợ của chính phủ chẳng hạn như phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid hoặc TANF; thư của chủ lao động xác nhận làm việc và thu nhập, Tờ Khai Lợi Ích An Sinh Xã Hội, thư xác nhận bồi thường cho người lao động hoặc trợ cấp thất nghiệp; hoặc bản sao kê ngân hàng. Nếu quý vị không thể cung cấp một trong số các nguồn tài liệu về thu nhập liệt kê ở trên, xin hãy giải thích trong đơn đăng ký lý do tại sao thông tin này không được cung cấp.

□ **Hóa Đơn Y Tế Chưa Trả**

Yêu cầu bản sao của tất cả các hóa đơn y tế Baylor Scott & White chưa trả. Hóa đơn y tế đủ điều kiện để xét duyệt bao gồm hóa đơn bác sĩ, hóa đơn chụp X quang, hóa đơn của cơ sở khác, các hóa đơn chuyên khoa gây tê, v.v. Các hóa đơn y tế khác của nhà cung cấp không phải BSWH có thể được xem xét miễn là các hóa đơn đó liên quan đến giai đoạn chăm sóc cho (những) ngày sử dụng dịch vụ tương tự.

□ **Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Hoàn Chỉnh**

Cần có Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính hoàn chỉnh để xét duyệt nhận hỗ trợ tài chính. Xin đảm bảo toàn bộ biểu mẫu được hoàn thành, kể cả “Mục C: Thành Viên Gia Đình” như sau:

- Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên: Bao gồm bệnh nhân, cha mẹ của bệnh nhân và người phụ thuộc của cha mẹ của bệnh nhân.
- Nếu bệnh nhân là người lớn: Bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân (nếu có) và người phụ thuộc.

Đây là thông báo duy nhất của quý vị. Quý vị cần phải gửi lại thông tin được nêu ở trên nếu không chúng tôi không thể xem xét tài khoản của quý vị để nhận hỗ trợ tài chính hoặc thanh toán yêu cầu. Nếu không nhận được thông tin về hỗ trợ tài chính hoặc thanh toán yêu cầu, chúng tôi sẽ đánh giá tài khoản của quý vị cho sắp xếp với một cơ quan thu tiền hoặc nếu tài khoản của quý vị đã có ở cơ quan thu tiền, thì tài khoản vẫn sẽ nằm ở cơ quan thu tiền đó. Điều này có thể bao gồm báo cáo khoản nợ này cho văn phòng tín dụng. Hành động kịp thời sẽ bảo vệ xếp hạng tín dụng của quý vị.

Nếu có bất kỳ thắc mắc, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-800-994-0371, 8:00 sáng - 5:00 chiều từ Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Vui lòng gửi lại Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính hoàn chỉnh và giấy tờ hỗ trợ cần thiết đến:

Baylor Scott & White Health  
Attn: Financial Assistance  
2001 Bryan Street Suite 2600  
Dallas, TX 75201

Cảm ơn quý vị đã quan tâm kịp thời đến vấn đề này. Việc nộp các giấy tờ nêu trên không đảm bảo quý vị sẽ được duyệt hỗ trợ tài chính.

Trân trọng,

Baylor Scott & White Health  
Financial Assistance