



BON SECOURS HEALTH SYSTEM
ĐƠN ĐỀ NGHỊ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Ngày gửi _____

Cơ sở _____ Số tài khoản _____
 Họ _____ Tên bệnh nhân _____ MI _____
 Số An Sinh XH _____ Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
 Địa chỉ của bệnh nhân _____
 Công ty _____ Công ty của vợ/chồng _____

Thành viên gia đình (Kể tên vợ/chồng và con cái phụ thuộc dưới 18 tuổi, hoặc như được liệt kê trong bản kê khai thuế và ngày sinh của chúng):

<i>Tên</i>	<i>Ngày sinh</i>	<i>Tên</i>	<i>Ngày sinh</i>
1. _____ / _____	4. _____ / _____		
2. _____ / _____	5. _____ / _____		
3. _____ / _____	6. _____ / _____		

NGƯỜI NỘP ĐƠN PHẢI NỘP TẤT CẢ TÀI LIỆU BẮT BUỘC TRONG CÙNG PHONG BÌ THƯ TỚI:

Bon Secours Financial Assistance Program

P.O. Box 742431

Atlanta, GA 30374-2431

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi và cung cấp thông tin được yêu cầu

BỆNH NHÂN KHÔNG CÓ BẢO HIỂM PHẢI THAM GIA VÀO NHÀ CUNG CẤP ĐỦ ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CỦA CHÚNG TÔI ĐỂ NHẬN HỖ TRỢ
QUYẾT ĐỊNH SẼ ĐƯỢC ĐƯA RA TRONG VÒNG 60 NGÀY KỂ TỪ NGÀY NHẬN ĐƯỢC ĐƠN XIN HOÀN CHÍNH VÀ GIA NHẬP VÀO NHÀ
CUNG CẤP CỦA CHÚNG TÔI

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi được liệt kê bên dưới	Nếu CÓ, vui lòng cung cấp những giấy tờ sau cho MỖI thành viên gia đình nhận trợ cấp.
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình của bạn tự kinh doanh không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Biểu mẫu NỘP THUẾ bao gồm thuế doanh nghiệp từ năm nộp thuế gần nhất và bảng kê khai nộp thuế thu nhập hàng quý
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn có việc làm không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	3 phiếu lương gần nhất hoặc thư có chữ ký từ người chủ lao động
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn nhận được trợ cấp thất nghiệp không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Thư trợ cấp hoặc bản in Thấp nghiệp từ trang web Chính phủ
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn nhận được trợ cấp An sinh Xã hội không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Thư trợ cấp An sinh xã hội hoặc bảng sao kê ngân hàng đầy đủ nếu nộp trực tiếp
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn nhận được tiền Lương hưu không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Thư Lương hưu hoặc bảng sao kê ngân hàng đầy đủ nếu nộp trực tiếp
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn nhận được trợ cấp Chương trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Thư SNAP
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn nhận được Hỗ trợ Trẻ em không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Tài liệu do tòa án yêu cầu hoặc thư từ cha mẹ không bị giam giữ
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn sở hữu bất động sản cho thuê hoặc đầu tư không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Tài liệu/hợp đồng thuê liệt kê số tiền thu nhập
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn có nguồn thu nhập khác không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Chứng khoán, trái phiếu, tài sản bổ sung của chứng chỉ tiền gửi v.v. Đính kèm bản báo cáo hiện tại
Có bất kỳ thành viên nào trong gia đình bạn có tài khoản séc, tài khoản tiết kiệm hay tài khoản thị trường tiền tệ không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	Đính kèm bảng sao kê 30 ngày hiện tại cho <u>mỗi</u> tài khoản
KHÔNG CÓ THU NHẬP: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
<p>Nếu gia đình bạn không có thu nhập, bạn phải có người chu cấp thực phẩm, nơi ở và chi phí sinh hoạt hàng ngày, hãy ký vào bên dưới và chỉ rõ loại hỗ trợ nào họ đang cung cấp</p> <p>Tôi xác nhận rằng tôi (tên) _____ (số điện thoại) _____ chu cấp thực phẩm, nơi ở và chi phí sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân kể trên và/hoặc số tiền là \$ _____ hàng tháng Loại hỗ trợ được cung cấp: _____ Chữ ký _____ Mối quan hệ _____ Ngày _____</p>	

Người nộp đơn dựa trên VISA phải cung cấp bản sao tất cả thông tin bảo hiểm, tài chính và/hoặc tài trợ để nhận VISA.

>>>Còn tiếp<<<

R040116

BON SECOURS HEALTH SYSTEM
ĐƠN XIN NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Họ _____ Tên bệnh nhân _____ MI _____

Danh sách giá trị tài sản cá nhân

Thu nhập hộ gia đình hàng năm	_____	Chứng chỉ tiền gửi (Bằng tiền mặt)	_____
Tiền mặt/Tiền gửi Ngân hàng/Tài khoản tiết kiệm	_____	Nơi ở chính (Bằng tiền mặt)	_____
Nhà cho thuê hàng tháng	_____	Bất động sản khác (Bằng tiền mặt)	_____
Thanh toán khoản thế chấp hàng tháng	_____	401k (Bằng tiền mặt)	_____

Việc điều trị cho dịch vụ này có phải do tai nạn? Có _____ Không _____ (Chương trình Hỗ trợ Tài chính không áp dụng cho việc điều trị liên quan đến chấn thương tại nơi làm việc, thủ thuật giải phẫu thẩm mỹ hoặc thủ thuật đồng giá, tai nạn hoặc việc điều trị khác mà bạn nhận được bồi thường cho hóa đơn y tế, nỗi đau đớn phải chịu và thiệt hại khác).

Bạn có bảo hiểm y tế CÓ KHÔNG (Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thêm thông tin bên dưới)

1. Tên công ty bảo hiểm _____ Tên người trên hợp đồng bảo hiểm _____ Số hợp đồng _____
2. Tên công ty bảo hiểm _____ Tên người trên hợp đồng bảo hiểm _____ Số hợp đồng _____

Tôi yêu cầu Bon Secours Health System Inc., đưa ra quyết định bằng văn bản về xem tôi có đủ điều kiện để nhận được hỗ trợ tài chính không. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi gửi được xác định là sai, điều đó có thể dẫn tới đơn đề nghị của tôi bị từ chối và tôi có thể phải chịu trách nhiệm về chi phí cho dịch vụ đã cung cấp. Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng, đầy đủ và chính xác. Tôi xác nhận rằng việc hợp tác với bên sàng lọc tính đủ điều kiện là bắt buộc để được xem xét nhận hỗ trợ tài chính.

Nhận xét bổ sung

Chữ ký của bên có trách nhiệm: _____ **Ngày:** _____

Bon Secours Health System Inc. bảo lưu quyền xác thực thông tin được báo cáo trong đơn xin nhận Hỗ trợ Tài chính, như các nỗ lực để xác thực thu nhập cá nhân hoặc nếu thiếu điều đó, sẽ được tiến hành theo cách nhằm duy trì tính bảo mật cao nhất và không tạo nên bất kỳ báo cáo nào bởi phòng tín dụng có thể ảnh hưởng bất lợi đến quyền riêng tư của người gửi đơn.

Nếu bạn cần hỗ trợ thêm, vui lòng đến gặp cố vấn tài chính tại bệnh viện Bon Secours ở địa phương của bạn hoặc gọi điện cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi.

Richmond tại địa phương 804-342-1500
Miễn phí 877-342-1500
Thứ Hai – Thứ Sáu 8:30 sáng tới 1:00 chiều và 2:00 chiều tới 7:00 tối.