

Ngày 03 tháng 01, 2023

Kính gửi Bệnh nhân/Người Đăng ký,

Bệnh viện phục hồi chức năng Ascension Saint Thomas được vận hành dựa trên lòng trắc ẩn và tận tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần nhất. Sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi là cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân chúng tôi phục vụ. Hỗ trợ tài chính chỉ dành cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho quý vị và gia đình đối với mọi nhu cầu chăm sóc sức khỏe mà quý vị cần.

Chúng tôi gửi thư này cùng đơn đăng ký hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu từ quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đủ thông tin tại cả hai mặt, bao gồm chữ ký và ghi ngày tháng trước khi nộp đơn. Nếu quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký trong vòng sáu tháng gần nhất và đã được chấp thuận cấp hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể sẽ không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký được nộp trước sáu tháng gần nhất.

Vui lòng cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây kèm theo đơn đăng ký để chứng minh thu nhập. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống cùng một người khác trong khoảng thời gian tối thiểu 6 tháng, người đó cũng cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau để chứng minh thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký được xét duyệt.

- Bản sao của 3 phiếu lương gần nhất từ người sử dụng lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu là người tự kinh doanh, hãy bao gồm tất cả lịch biểu)
- An Sinh Xã Hội và/hoặc Thư Cấp Hưởng Lương Hưu Trí
- Tờ khai thuế năm gần nhất của Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ, nếu người đăng ký là người phụ thuộc được liệt kê trong mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Các tài liệu chứng minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê tài khoản ngân hàng trong 3 tháng gần nhất
- Bản sao nhận trợ cấp thất nghiệp

Nếu quý vị nhận trợ cấp từ gia đình hoặc sống cùng gia đình hay bạn bè, vui lòng để người đó điền mẫu đơn “Thư Hỗ Trợ” được đính kèm. Điều này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm với hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp thể hiện khả năng trang trải chi phí cuộc sống của quý vị. Nếu quý vị không nhận trợ cấp từ gia đình hay bạn bè, quý vị không cần phải điền mẫu đơn Thư Hỗ Trợ.

Cuối cùng, vui lòng cung cấp thêm tài liệu chứng minh chi phí y tế và dược phẩm/thuốc men hàng tháng chưa được chi trả của quý vị.

Vui lòng hiểu rằng đơn đăng ký hoàn chỉnh phải kèm theo tài liệu chứng minh thu nhập để chúng tôi xem xét yêu cầu. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký không hoàn chỉnh.

Vui lòng nhớ rằng hình thức trao đổi thông qua thư điện tử hay internet không được đảm bảo. Cho dù khó xảy ra, vẫn có khả năng các thông tin mà quý vị gửi trong thư điện tử bị chặn lại và đọc bởi các bên khác không phải là đối tượng được gửi thư đến.

Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và bảo đảm rằng thông tin được giữ an toàn. Bởi vì đơn đăng ký bao gồm số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyến khích quý vị không gửi qua thư điện tử.

Vui lòng in ra và gửi bưu điện hoặc đem trực tiếp đơn đăng ký hoàn chỉnh đến địa chỉ sau đây:

**Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng  
Ascension Saint Thomas  
310 21st Avenue North  
Nashville, TN 37203**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, vui lòng gọi cho một trong những Đại Diện Bệnh Nhân của chúng tôi theo số (629) 253-5300.

Trân trọng,

Các Dịch Vụ Tài Chính của Bệnh Nhân  
Bệnh Viện Phục Hồi Chức Năng Ascension Saint Thomas

# Mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính

## Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng in mẫu đơn và tất cả các trường phải được hoàn thành. Điền N/A nếu không phù hợp với bất kỳ dòng thông tin nào trong ứng dụng)

Ngày \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã bưu điện \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin của bên chịu trách nhiệm/thông tin của người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã bưu điện \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng cho bệnh nhân.)

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã bưu điện \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng cho bệnh nhân.)

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Số người lớn và trẻ em sống trong hộ gia đình \_\_\_\_\_

## Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền bằng đô la cho mỗi mục được liệt kê bên dưới. Cung cấp số tiền cho mỗi tháng.)

Thu nhập kiếm được của người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Trợ cấp an sinh xã hội \_\_\_\_\_  
Thu nhập lương hưu/hưu trí \_\_\_\_\_  
Trợ cấp người khuyết tật \_\_\_\_\_  
Trợ cấp thất nghiệp \_\_\_\_\_  
Trợ cấp lao động \_\_\_\_\_  
Thu nhập lãi/cổ tức \_\_\_\_\_

Đã nhận tiền cấp dưỡng con cái \_\_\_\_\_  
Đã nhận tiền cấp dưỡng sau ly hôn \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ tài sản cho thuê \_\_\_\_\_  
Phiếu thực phẩm \_\_\_\_\_  
Đã nhận được phân bổ quỹ ủy thác \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
**Tổng thu nhập gộp hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Thế chấp/tiền thuê nhà \_\_\_\_\_  
Tiện ích \_\_\_\_\_  
Điện thoại (điện thoại cố định) \_\_\_\_\_  
Điện thoại di động \_\_\_\_\_  
Cửa hàng tạp hóa/thực phẩm \_\_\_\_\_  
Truyền hình cáp/internet/vệ tinh \_\_\_\_\_  
Thanh toán ô tô \_\_\_\_\_  
Chăm sóc trẻ em \_\_\_\_\_

Trợ cấp nuôi con/tiền cấp dưỡng sau ly hôn \_\_\_\_\_  
Thẻ tín dụng \_\_\_\_\_  
Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm ô tô/xe máy \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhà cửa/tài sản \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm y tế/sức khỏe \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhân thọ \_\_\_\_\_  
Chi phí hàng tháng khác \_\_\_\_\_  
**Tổng chi phí hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc \_\_\_\_\_  
Cổ phiếu/trái phiếu/khoản đầu tư/chứng chỉ tiền gửi \_\_\_\_\_  
Bất động sản/nhà ở phụ khác \_\_\_\_\_  
Phương tiện thuyền/Phương tiện giải trí/xe máy/giải trí \_\_\_\_\_  
Ô tô sưu tập/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
Tài sản khác \_\_\_\_\_

Tôi xin xác nhận rằng các thông tin trên là đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Theo đây, tôi cho phép bệnh viện lấy thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

**Nhận xét** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_