

Đơn Xin Trợ Cấp Tài Chánh

Tên Bệnh Nhân (<i>Họ, Tên, Tên Lót</i>)		Số An Sinh Xã Hội
Cư Dân South Carolina: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Giấy Nhập Cảnh Du Lịch: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Công Dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số Hồ Sơ Y Tế (chỉ dành cho văn phòng sử dụng):

Bệnh Nhân hay Đối Tác Chịu Trách Nhiệm (Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi)

Tên (<i>Họ, Tên, Tên Lót</i>)		Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh (<i>MM, DD, YYYY</i>)
Địa Chỉ		Thành Phố	Tiểu Bang, Mã Vùng
Điện Thoại	Số Người Trong Nhà (Bệnh Nhân, Vợ Chồng và Con Nhỏ)		Tình Trạng Hôn Nhân
Tình Trạng Việc Làm: <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Tự Làm Chủ <input type="checkbox"/> Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Học Sinh <input type="checkbox"/> VA (Cựu Chiến Binh) <input type="checkbox"/> Tật Nguyên			Tên Chủ Hãng
Làm Được Bao lâu	Thất Nghiệp Bao lâu (<i>MM, DD, YYYY</i>)	Lương/Thu Nhập	Quý vị có khai thuế với ai khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu có, cung cấp giấy khai thuế của những người khai)
Cư Dân South Carolina: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Giấy Nhập Cảnh Du Lịch: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Công Dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

Vợ Chồng/Bạn Đòi

Tên (<i>Họ, Tên, Tên Lót</i>)		Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh (<i>MM, DD, YYYY</i>)
Tình Trạng Việc Làm: <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian <input type="checkbox"/> Tự Làm Chủ <input type="checkbox"/> Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Học Sinh <input type="checkbox"/> VA (Cựu Chiến Binh) <input type="checkbox"/> Tật Nguyên			Tên Chủ Hãng
Làm Được Bao lâu	Thất Nghiệp Bao lâu (<i>MM, DD, YYYY</i>)	Lương/Thu Nhập	

Con nhỏ hợp pháp như trên giấy khai thuế (Nếu có trên 4 con nhỏ, dùng trang riêng)

Tên Họ (<i>Họ, Tên, Tên Lót</i>)	Quan Hệ	Ngày Sinh (<i>MM, DD, YYYY</i>)

Thông Tin Bảo Hiểm

Tôi đã <input type="checkbox"/> Nộp đơn xin trợ cấp y tế của liên bang hay tiểu bang <input type="checkbox"/> Xác nhận điều kiện hợp lệ về bảo hiểm healthcare exchange của tôi <input type="checkbox"/> Không có cả hai Lý do _____
Tôi có <input type="checkbox"/> Vụ kiện <input type="checkbox"/> Dàn Xếp <input type="checkbox"/> Khiếu Nại Chấn Thương Cá Nhân <input type="checkbox"/> Khiếu Nại Trách Nhiệm <input type="checkbox"/> Khiếu Nại Bồi Thường Nhân Viên <input type="checkbox"/> Không Có Tên Luật Sư _____

Bảo hiểm hiện có qua: Chủ hãng tôi Chủ hãng của vợ chồng Cobra Không có
Thông Tin Bảo Hiểm _____

Quý vị hay người nhà quý vị có đã nộp đơn xin Medicaid trong 3 tháng qua không? Có Không

Ai Đã Nộp Đơn _____ Quận Nơi Nộp Đơn _____

Ngày Nộp Đơn _____ Tên Cán Sự Thụ Lý Hồ Sơ _____

Tôi đã nộp đơn xin Social Security Disability (An Sinh Xã Hội Cho Người Tật Nguyền). Có Không

Nếu nộp, tình trạng: Bị Từ Chối Khiếu Nại Cấp Độ Luật Sư Bị Treo Được Chấp Thuận

Nếu mới được chấp thuận, kèm thư chấp thuận hiện tại của phòng an sinh xã hội hay Thư Chấp Thuận Hưởng Phúc Lợi Cho Người Tật Nguyền tới vợ chồng và bất cứ đứa con nào

Tài Khoản Nhà Bểng (ví dụ, 401k, 403b, Money Market (Thị Trường Tiền Tệ), CD, Cổ Phiếu, Trái Phiếu, Tiết Kiệm, Các Đầu Tư Khác)

Tên Công Ty	Loại Tài Khoản/Giá Trị	Tên Công Ty	Loại Tài Khoản/Giá Trị

Bất Động Sản

Hình Thức	Chi Tiết	Giá Trị Ước Lượng	Tiền Chưa Trả
Nơi Cư Trú Chính	<input type="checkbox"/> Làm Chủ <input type="checkbox"/> Mướn		
Nơi Cư Trú Phụ/Nhà Nghỉ Hè			
Đất (số acres)			
Bất Động Sản Cho Thuê			
Thiết Bị Doanh Nghiệp/Nông Trại			
Xe Cộ Khác/Xe Để Chạy Giải Trí			

Nguồn Thu Nhập (Cung cấp chứng từ cho bất cứ thu nhập nào sau đây)

Mô Tả Thu Nhập	Nguồn Thu Nhập	Số Thu Nhập Hàng Tháng
Tiền Lãi/Phần Chia Lãi		
Tiền Phụ Cấp/Tiền Hưu Trí		
Tiền Cho Thuê/Bất Động Sản		
Đầu Tư		
Tự Làm Chủ (đòi hỏi Giấy Khai Thuế Doanh Nghiệp & Cá Nhân)		
Thu Nhập Khác		

Tuyên Thệ

Tôi hiểu rằng, đơn này chỉ áp dụng cho các dịch vụ do Hệ Thống Y Tế Greenville (Greenville Health System, GHS) và GHS Partners in Health, Inc. cung cấp. Điều này không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp bởi những người khác mà họ có thể hỗ trợ chăm sóc cho tôi. Tôi hiểu rằng không phải tất cả các dịch vụ tại GHS đều đạt chuẩn để được trợ cấp tài chính.

GHS giữ quyền đảo ngược chấp thuận trợ cấp tài chính và theo đuổi việc bồi thường đòi lại tiền hay truy thu tiền luân phiên vì hệ quả phát hiện được các thông tin mới, kể cả đài thọ của bảo hiểm, chi trả cho người nộp đơn, hay theo đuổi bởi người nộp đơn về một khiếu nại thương tích cá nhân liên quan tới các dịch vụ nhận được hay được yêu cầu. Tất cả mọi chi trả GHS nhận được sau khi được trợ cấp tài chính sẽ dẫn đến sự đảo ngược số tiền được điều chỉnh để giải quyết phần tiền tự trả còn lại mà không tạo ra một hạn định trả tiền hay một số tiền được trả dư.

Qua đây, tôi xin xác nhận rằng các thông tin trong đơn này đều đúng sự thật với sự hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng cung cấp thông tin sai có thể làm cho đơn bị từ chối. Vào bất cứ lúc nào, nếu các thông tin được cung cấp trong đơn này được xác minh là không đúng, trợ cấp tài chính GHS cung cấp cho tôi có thể bị tước bỏ và tôi sẽ chịu trách nhiệm cho số tiền trong tài khoản ban đầu. Tôi hiểu thêm rằng nếu có bất cứ thông tin nào tôi đã cung cấp có thay đổi, tôi sẽ báo đúng lúc cho Hệ Thống Y Tế Greenville.

Chữ Ký Bệnh Nhân/Đối Tác Chịu Trách Nhiệm

Ngày (MM, DD, YYYY)

Gửi đơn tới:

Financial Assistance
255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
Greenville, S.C. 29615