

**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM  
APPLICATION (Vietnamese)**

- UMass Memorial Medical Center
  UMass Memorial - Clinton Hospital
  UMass Memorial - HealthAlliance Hospital  
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
  UMass Memorial Medical Group - Địa điểm: \_\_\_\_\_

**1. Thông tin của bệnh nhân**

Viết chữ in họ tên, địa chỉ và thông tin liên lạc cho người yêu cầu hỗ trợ.

Tên: \_\_\_\_\_  
 Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Chữ đầu Tên đệm \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Số và đường \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Quận: \_\_\_\_\_

Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân:  Độc thân  Kết hôn  Ly hôn Điện thoại nhà: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Điện thoại khác: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**2. Thành viên trong gia đình**

Liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình của quý vị.

Vui lòng cung cấp thông tin sau đây của tất cả những người trong gia đình trực tiếp đang sống trong nhà của quý vị. Gia đình được xác định là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân, và tất cả các con dưới 18 tuổi của bệnh nhân (con ruột hoặc con nuôi) đang sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, thì gia đình bao gồm cha/mẹ, cha/mẹ ruột hoặc cha/mẹ nuôi, và các con 18 tuổi (con ruột hoặc con nuôi) của cha/mẹ sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình	Ngày sinh	Mối quan hệ	Số An Sinh Xã Hội (SSN)
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

**3. Tiền lương**

Vui lòng cung cấp hồ sơ của tất cả các khoản tiền lương được liệt kê.

Thành viên gia đình	Số tiền	Tần suất nhận?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

**4. Thu nhập khác**

Vui lòng cung cấp hồ sơ của tất cả các khoản thu nhập được liệt kê.

Loại thu nhập	Thành viên trong hộ gia đình đang nhận phúc lợi	Số tiền	Tần suất nhận? (khoanh tròn chọn một)
An Sinh Xã Hội		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thất nghiệp		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Hưu trí		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Quý khuyết tật		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Phúc lợi của Cựu chiến binh		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Trợ cấp nuôi con		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Trợ cấp ly hôn		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Tiền bồi thường tai nạn công nhân		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập thực từ tiền thuê nhà		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập tự kinh doanh		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Thu nhập từ sự ủy thác		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm
Khác		\$	Hàng tuần, Hàng tháng, Hàng năm

**5. Cam kết / Bản khai trợ cấp có tuyên thệ**

Sử dụng phần này để bổ sung thông tin hoặc trình bày khoản trợ cấp của quý vị.

Nếu quý vị báo cáo thu nhập là \$0, vui lòng trình bày tóm tắt giải thích về việc làm thế nào quý vị (hoặc bệnh nhân) đáp ứng nhu cầu sinh hoạt cơ bản của mình:

---



---



---



---



---

**6. Thông tin bảo hiểm y tế**

Vui lòng cung cấp thông tin về khoản bao trả bảo hiểm y tế.

Quý vị có bảo hiểm y tế khi nhận dịch vụ không?  Không  Có

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm và bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị:

_____	_____	_____	_____
Tên của công ty bảo hiểm	Số ID	Tên của người đăng ký	Ngày hiệu lực

**Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng với tất cả sự hiểu biết của mình, những thông tin mà tôi cung cấp trong đơn xin này và trong bất kỳ bản kèm theo nào đều đúng sự thật.**

Tôi đồng ý cung cấp thêm thông tin khi có yêu cầu để xác định điều kiện hội đủ của tôi.

Tôi biết rằng nếu tôi khai man bất kỳ thông tin nào, thì đơn xin hỗ trợ tài chính của tôi có thể bị từ chối.

Tôi đồng ý thông báo cho bệnh viện biết về bất kỳ sự thay đổi nào về thu nhập, quy mô gia đình, bao trả bảo hiểm y tế, hoặc thông tin khác của tôi có thể làm thay đổi điều kiện hội đủ được hỗ trợ tài chính của tôi.

_____	_____	_____	_____
Chữ ký của người làm đơn/người bảo lãnh	Tên viết chữ in	Ngày	Giờ

_____	_____	_____	_____
Chữ ký của người đại diện được ủy quyền	Tên viết chữ in	Ngày	Giờ