



ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health cung cấp

Cá nhân & Bí mật

Người bảo lãnh:

Mã số vụ việc:

Những bệnh nhân trong vụ việc này:

Thân gửi ông/bà _____,

Cảm ơn quý vị đã chọn [St. Joseph's Health](#) làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Vui lòng hoàn thành đơn đăng ký kèm theo và gửi lại địa chỉ bên dưới để hoàn thành việc đánh giá hỗ trợ tài chính cho quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Trung tâm Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số 800-494-5797, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều, giờ Miền Đông.

Trân trọng,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Thay mặt [St. Joseph's Health](#)

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health cung cấp

Vui lòng điền thông tin, ký vào mẫu đơn đăng ký và gửi lại trong vòng 10 ngày, bao gồm cả bản sao những giấy tờ sau đây:

Giấy tờ xác minh bắt buộc

- Bằng chứng về tổng thu nhập một tháng qua
- Bản sao kê ngân hàng hoàn chỉnh cho hai tháng qua đối với tất cả các tài khoản ngân hàng, bao gồm tất cả các trang (giải thích cho các khoản tiền gửi định kỳ)
- Tờ khai thuế gần đây (mẫu 1040 với Biểu C, E hoặc F) hoặc Báo cáo lãi lỗ ba tháng (đối với người tự kinh doanh/người phụ thuộc)

Cung cấp những giấy tờ sau đây, nếu có

- Mẫu W2 gần đây đối với thu nhập thời vụ
- Thư từ chối/Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền cấp dưỡng/Thu nhập hỗ trợ nuôi con
- Không có thu nhập – Hoàn thành phần Thư hỗ trợ tài chính trong đơn đăng ký

Thông tin Bệnh nhân

Tên bệnh nhân		Ngày sinh	
Số An sinh Xã hội/EIN (không bắt buộc)	Điện thoại di động	Điện thoại khác	
Địa chỉ nhận thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Địa chỉ email	Quý vị là cư dân của tiểu bang nào?		
Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Ly hôn <input type="checkbox"/> Khác _____			
Quý vị có nộp Tờ khai thuế Liên bang không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, tại sao?		Quý vị có thể được xác nhận là người phụ thuộc trên tờ khai thuế của người khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị có bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm)			
Quý vị có phải là cư dân có giấy tờ của Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời			

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health cung cấp

Các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị, dựa trên Tờ khai thuế gần đây của quý vị	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Được xác nhận trên Tờ khai thuế (Có/Không)

Xác minh thu nhập cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình

Nguồn thu nhập hàng tháng	Ai nhận được khoản này?	Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế)	Nguồn thu nhập hàng tháng	Ai nhận được khoản này?	Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế)
Tiền lương			Bồi thường cho người lao động		
An sinh xã hội/Khuyết tật			Thất nghiệp		
Lương hưu			Hỗ trợ nuôi con/Tiền cấp		
Tự kinh doanh			Thu nhập từ đất cho thuê		
Hỗ trợ công cộng			Khác		

Thư hỗ trợ tài chính - Chỉ nên hoàn thành bởi người hỗ trợ

- Tôi hỗ trợ hơn 50% chi phí sinh hoạt của bệnh nhân, nhưng tôi không thể hỗ trợ các hóa đơn y tế.
- Bằng việc ký vào thư này, tôi xác minh rằng tuyên bố trên là chính xác và tôi sẽ không chịu trách nhiệm đối với hóa đơn của bệnh nhân. Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng liên hệ với tôi theo số _____ (Số điện thoại)

Tên người hỗ trợ	Mối quan hệ với bệnh nhân
Chữ ký của người hỗ trợ	Ngày



ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BÍ MẬT

Đối với các dịch vụ Bệnh viện và Chuyên môn do các cơ sở và bác sĩ của Trinity Health cung cấp

XÁC MINH THU NHẬP VÀ DANH TÍNH

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp phải được xác minh. Tôi sẽ chịu trách nhiệm hoàn trả khoản thanh toán cho bất kỳ dịch vụ nào được cung cấp tại các đơn vị liên kết của Trinity Health nếu thông tin trên được cung cấp sai trái.

Chữ ký của Bệnh nhân : _____ Ngày : _____

Hoặc chữ ký của Người giám hộ hợp pháp (nếu có) : _____ Ngày : _____

Mối quan hệ với Bệnh nhân : _____ Ngày : _____

Vui lòng gửi đơn đăng ký của quý vị đến địa chỉ trên, fax đến số 312-871-3350 và hoặc tải tài liệu lên qua MyChart (Cổng thông tin bệnh nhân) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với Trung tâm Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo số 800-494-5797, thứ Hai đến thứ Sáu, từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều, giờ Miền Đông.