



TÊN CỦA BỆNH NHÂN

TÀI KHOẢN SỐ:

Xin cảm ơn quý vị đã cho phép Community Medical Centers phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính được đính kèm để xác định khả năng khó khăn về mặt tài chính. Nếu quý vị quan tâm đến việc nộp đơn, vui lòng hoàn tất đơn xin và gửi lại cho chúng tôi trong vòng mười lăm (15) ngày làm việc tiếp theo. Vui lòng đính kèm một bản sao các hồ sơ sau đây với đơn xin của quý vị:

Bảng Chứng Thu Nhập của tất cả các thành viên trong gia đình:

1. Ba (3) phiếu lương mới nhất, mẫu W-2 hoặc Tờ Khai Thuế được nộp gần đây nhất *hoặc*
2. Nếu tự kinh doanh, cung cấp Tờ Khai Thuế được nộp gần đây nhất (bao gồm bảng C) *hoặc*
3. Nếu thất nghiệp, đính kèm tờ phúc lợi trợ cấp thất nghiệp *hoặc*
4. Tờ nghỉ hưu/lương hưu (nếu có) *hoặc*
5. Nếu đang được hỗ trợ công cộng, vui lòng cung cấp bằng chứng điều kiện hội đủ/ghi danh hiện tại trong bất kỳ chương trình chính phủ nào sau đây: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment), *hoặc* WIC (Women, Infants and Children)

Những bệnh nhân có bảo hiểm y tế cũng **phải** cung cấp hồ sơ để xác minh rằng 10% thu nhập gia đình đã được thanh toán **hoặc** còn nợ chi phí y tế trong vòng 12 tháng qua. Tất cả các khoản tiền còn lại hiện tại, hóa đơn/biên nhận y tế, phí nhà thuốc *hoặc* phí bảo hiểm y tế có thể được tính vào khoản 10% này.

Community Medical Centers cam kết phục vụ cộng đồng của chúng tôi. Chúng tôi vui mừng vì có thể hỗ trợ quý vị trong lúc cần thiết.

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào về tài khoản này, *hoặc* về hồ sơ yêu cầu, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (559) 459-3939 *hoặc* (800) 773-2223 tùy chọn #3. Đơn xin không đầy đủ không được xử lý.

Gửi đơn xin và hồ sơ hoàn tất và có chữ ký đến địa chỉ dưới đây *hoặc* gửi fax đến (559) 230- 8505:
Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Ngày cung cấp/gửi mẫu qua đường bưu điện _____ Người gửi lại mẫu _____

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính CMC

TÊN CỦA BỆNH NHÂN	TÀI KHOẢN BỆNH NHÂN #
	HỒ SƠ Y TẾ #

I. BỆNH NHÂN/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

HỌ	TÊN TÊN ĐỆM
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	SỐ AN SINH XÃ HỘI
	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ
	SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG
TÊN CỦA CHỦ LAO ĐỘNG	SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY
	THU NHẬP HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ \$

II. VỢ/CHỒNG/BẠN TÌNH

HỌ	TÊN TÊN ĐỆM
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	SỐ AN SINH XÃ HỘI
	SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ
	SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG
TÊN CỦA CHỦ LAO ĐỘNG	SỐ ĐIỆN THOẠI CÔNG TY
	THU NHẬP HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ \$

III. THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH

Liệt kê vợ/chồng, bạn tình, trẻ phụ thuộc dưới 21 tuổi. Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, liệt kê tất cả cha mẹ, người thân chăm sóc và anh chị em dưới 21 tuổi

TÊN	NGÀY SINH	MỐI QUAN HỆ

TỔNG SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH:

IV. THU NHẬP HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ	
Thu Nhập Hàng Tháng Của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm	\$
Thu Nhập Hàng Tháng Của Vợ/Chồng/Bạn Tình (Nếu Thích Hợp)	\$
Thu Nhập Nghỉ Hưu	\$
Số Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Số Tiền Hỗ Trợ Nhận Được	\$
Trợ Cấp Thất Nghiệp Hoặc Bồi Thường Tai Nạn Nghề Nghiệp	\$
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội/Phúc Lợi An Sinh Khuyết Tật	\$
Thu Nhập Linh Tinh Khác	\$
Nếu đã trả Số Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Số Tiền Hỗ Trợ, khấu trừ ở đây	-\$
TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG TRƯỚC THUẾ	= \$

V. THÔNG TIN KHÁC		
	Có	Không
Quý vị có trên 18 tuổi và được khai là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập của cha mẹ quý vị không?		
Quý vị có ghi danh tham gia: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment), hoặc WIC (Women, Infants and Children) không?		
Quý vị có bảo hiểm y tế không?		
Lần thăm khám này có phải do bên thứ ba gây ra như tai nạn xe ô tô hay trượt chân và té ngã không?		
Quý vị có nộp đơn tham gia Medi-Cal hay Medicare không?		
Quý vị có nộp đơn tham gia Covered California không?		

NHỮNG ĐƠN XIN KHÔNG HOÀN CHÍNH HOẶC GIAN LẬN SẼ BỊ TỪ CHỐI
<p>KHI HOÀN TẤT TỜ KHAI TÀI CHÍNH NÀY, TÔI XÁC NHẬN RẰNG NHỮNG THÔNG TIN TRÊN LÀ CHÍNH XÁC VÀ HOÀN CHÍNH, TÔI CHO PHÉP COMMUNITY MEDICAL CENTERS XÁC MINH THÊM.</p> <p>CHỮ KÝ: _____</p> <p>TÊN VIẾT CHỮ IN: _____</p> <p>NGÀY: _____</p> <p>MỐI QUAN HỆ NẾU KHÔNG PHẢI BỆNH NHÂN: _____</p>

Gửi đơn xin hoàn tất và hồ sơ đến địa chỉ dưới đây hoặc gửi fax đến (559) 230-8505:

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889