

BỆNH VIỆN & TRUNG TÂM Y TẾ NHI ĐỒNG

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng khoanh tròn (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị nộp đơn xin hỗ trợ tài chính:

Bệnh viện	Bác sĩ chuyên khoa	Bác sĩ nhi khoa	Chăm sóc sức khỏe tại nhà
Bệnh Viện Nhi Đồng Tài khoản bệnh nhân PO Box 247036 Omaha, NE 68124-7036	Xuất hóa đơn cho bác sĩ PO Box 24607 Omaha, NE 68124	Bác Sĩ Nhi Đồng <i>(nếu rõ vị trí văn phòng)</i>	Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà của Bệnh Viện Nhi Đồng Tài khoản bệnh nhân 4156 South 52 Street Omaha, NE 68117

Vui lòng cung cấp thông tin sau đây về các tài khoản của bệnh nhân và về quý vị:

Tên của bệnh nhân			
Tài khoản bệnh viện, bác sĩ hoặc tài khoản chăm sóc sức khỏe tại nhà số	Số dư đến hạn	Tài khoản bệnh viện, bác sĩ hoặc tài khoản chăm sóc sức khỏe tại nhà số	Số dư đến hạn
Tên của người hoàn tất biểu mẫu		Mối quan hệ với bệnh nhân	
Địa chỉ thư tín		Số điện thoại ban ngày	
		Số điện thoại ban đêm	
Số người có thu nhập trong hộ gia đình		Số người phụ thuộc trong hộ gia đình	
		Tổng cộng số người trong hộ gia đình	
Tổng thu nhập gộp hàng tháng (tất cả những người có thu nhập)	(Vui lòng bao gồm tiền cấp dưỡng cho vợ, tiền trợ cấp nuôi con, khuyết tật và thất nghiệp trong thu nhập của quý vị)		
Ý kiến			

Gửi tất cả những hồ sơ sau đây đến địa chỉ mà quý vị khoanh tròn ở trên:

- ✓ **Mẫu Đơn để nghị Hỗ Trợ Tài Chính hoàn chỉnh**
- ✓ **Mẫu W-2 mới nhất hoặc tờ khai thuế thu nhập cho tất cả những người có thu nhập**
- ✓ **Cưỡng phiếu lương gần nhất hoặc hồ sơ cho thấy nguồn thu nhập khác đối với tất cả những người có thu nhập / người nhận**
- ✓ **Thông báo từ Sở Sức Khỏe & Dịch Vụ Nhân Sinh cho biết rằng bệnh nhân không đủ điều kiện được nhận Medicaid**

Nhân viên cung cấp biểu mẫu này cho gia đình		Ngày cung cấp biểu mẫu	
Ngày gửi lại biểu mẫu (15 ngày)			

Tôi xác nhận rằng những thông tin nói trên là đúng sự thật và chính xác với tất cả sự hiểu biết của mình kể từ ngày được nêu dưới đây.

Chữ ký của người hoàn tất biểu mẫu	Ngày

For office use only	Percent and Dollar Amount of Financial Assistance Authorized	%	\$
Authorized by:	Signature		Date