

Kính gửi Bệnh Nhân:

Đơn Đăng Ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Assistance Program) của INTEGRIS Health được đính kèm thư này. Sau khi quý vị hoàn thành mẫu đơn này, chúng tôi có thể xem xét nhu cầu hỗ trợ tài chính cho (các) hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị phải nộp lại đơn đăng ký hàng năm hoặc trong trường hợp yêu cầu tái xác định và phải nêu rõ tổng thu nhập hộ gia đình cũng như tổng số người cư trú trong hộ gia đình.

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, tất cả các tài liệu chúng tôi nhận được đều được coi là thông tin mật và sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất kỳ ai ngoài INTEGRIS Health, trừ trường hợp chia sẻ cho mục đích xác minh.

Vui lòng hoàn thành từng mục trong mẫu đơn này. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để ghi nội dung giải thích, vui lòng đính kèm tài liệu bổ sung trên một trang riêng. Chúng tôi có thể yêu cầu báo cáo tín dụng để xác minh thông tin quý vị cung cấp. Tất cả các tài liệu được cung cấp sẽ trở thành tài sản của INTEGRIS Health và không được trả lại cho quý vị.

Quý vị phải cung cấp bản sao của tất cả các mục dưới đây nếu áp dụng cho quý vị để chúng tôi có thể đưa ra quyết định về việc hỗ trợ.

- Toàn bộ bản sao của Tài Liệu Khai Thuế Năm Trước.
 - Nếu quý vị tự khai thuế, quý vị cần phải cung cấp xác nhận bằng tập tin điện tử.
- Thư Cung Cấp Phúc Lợi An Sinh Xã Hội. (Bao gồm bằng chứng về thu nhập của vợ/chồng, nếu có).
- Tuyên Bố về Tình Trạng Khuyết Tật từ Bác Sĩ, trong đó ghi rõ tình trạng khuyết tật vĩnh viễn kèm theo tài liệu chứng minh.
- Người Tự Kinh Doanh: Bản sao tờ khai thuế thu nhập cá nhân liên bang đã nộp gần nhất và báo cáo lãi lỗ hiện tại, bao gồm tất cả các bản phụ lục áp dụng.
- Người Không Khai Thuế: Cung cấp thư Xác Nhận Không Cần Khai Thuế từ Sở Thuế vụ (Internal Revenue Service, IRS).
- Bất kỳ tài liệu nào khác theo yêu cầu để xử lý đơn đăng ký của quý vị.

Điều quan trọng là quý vị phải hoàn thành đơn đăng ký này ngay khi nhận được và gửi lại trong vòng 15 ngày. Đơn đăng ký sẽ được xem xét trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận, và quý vị sẽ được thông báo qua thư về quyết định trong vòng 60 ngày.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi hoàn thành đơn đăng ký này hoặc nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với văn phòng của chúng tôi qua bất kỳ phương thức nào dưới đây.

Điện thoại: (855) 409-5458

Fax: (405) 949-9120

Email: INTEGRISHealthFinancialAssistance@integrishhealth.org.

Đến tận nơi: 5300 N Independence Avenue, Suite 130, Oklahoma City, OK 73112

Giờ làm việc: Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều.

Trân trọng,

Phòng Kinh Doanh (Business Office) của INTEGRIS Health



Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

HỌ TÊN BỆNH NHÂN		NGÀY SINH CỦA BỆNH NHÂN		TUỔI	GIỚI TÍNH Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>	
LOẠI ĐƠN ĐĂNG KÝ MỚI (NỘP ĐƠN LẦN ĐẦU/ĐĂNG KÝ LẠI SAU KHI HẾT HẠN) <input type="checkbox"/> TÁI XÁC ĐỊNH (TỪNG BỊ TỪ CHỐI/XẢY RA SỰ KIỆN TRONG CUỘC SỐNG) <input type="checkbox"/>		QUY VỊ ĐÃ TỪNG ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ Y TẾ (MEDICAID) CHƯA? ĐÃ TỪNG <input type="checkbox"/> CHƯA TỪNG <input type="checkbox"/>		TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN: ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> / ĐÃ KẾT HÔN <input type="checkbox"/> ĐÃ LY HÔN <input type="checkbox"/> / Ở GÓA <input type="checkbox"/>		
THÔNG TIN CỦA BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM	BỆNH NHÂN			VỢ/CHỒNG hoặc NGƯỜI BẢO LÃNH (đối với bệnh nhân là trẻ vị thành niên)		
	TÊN			TÊN		
	ĐỊA CHỈ			THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP
	SỐ ĐIỆN THOẠI ()		ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG ()	SỐ ĐIỆN THOẠI ()		ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG ()
	SỐ AN SINH XÃ HỘI			SỐ AN SINH XÃ HỘI		
	HÃNG SỞ			HÃNG SỞ		
	NẾU ĐANG THẤT NGHIỆP, NGÀY LÀM VIỆC CUỐI CÙNG			NẾU ĐANG THẤT NGHIỆP, NGÀY LÀM VIỆC CUỐI CÙNG		
	NGÀY NHẬN LƯƠNG GẦN NHẤT:			NGÀY NHẬN LƯƠNG GẦN NHẤT:		
THÔNG TIN GIA ĐÌNH	CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH ĐANG SỐNG TRONG NHÀ					
	TÊN	TUỔI	NGÀY SINH	MỐI QUAN HỆ	AN SINH XÃ HỘI	
BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH	Liệt kê Tổng Thu Nhập Hàng Tháng	BỆNH NHÂN \$	VỢ/CHỒNG \$	NGƯỜI PHỤ THUỘC \$	LƯƠNG HƯU/TRỢ CẤP HÀNG NĂM \$	
		AN SINH XÃ HỘI \$	KHUYẾT TẬT \$	TỰ KINH DOANH – ĐÍNH KÈM PHỤ LỤC C \$	TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG: \$	

Tôi hiểu rằng INTEGRIS Health có thể xác minh các thông tin tài chính trong đơn đăng ký này trong quá trình đánh giá mẫu đơn, do đó tôi cho phép công ty liên hệ với hãng sở của tôi để xác nhận thông tin được cung cấp và/hoặc yêu cầu báo cáo tin dụng từ các cơ quan hữu trách. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi và để xác định các hành vi gian dối. Theo như tôi biết, những thông tin trong mẫu đơn này là chính xác. **Tôi phải hoàn thành mẫu đơn này để xác định khả năng hội đủ điều kiện. Mẫu đơn chưa hoàn thành có thể bị trì hoãn hoặc từ chối.** Tôi cũng hiểu rằng bất kỳ khoản bồi hoàn chi phí y tế nào mà tôi nhận được liên quan đến đơn đăng ký này đều phải được gửi đến INTEGRIS Health.

Chữ ký của người yêu cầu

Ngày

Chữ ký của người yêu cầu, nếu không phải là bệnh nhân

Ngày