

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính



## PHẦN A - THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_ Điện Thoại Nơi Làm Việc \_\_\_\_\_

Tình Trạng Hôn Nhân  Độc thân  Bạn Tình Sống Chung  Đã kết hôn  Ly thân  Ly hôn  Góa bụa

Có người phụ thuộc nào của quý vị có bất kỳ tài khoản Bệnh viện Thành phố North Kansas nào cần được xem xét trong đơn này không?  Có  Không

Vui lòng liệt kê tất cả các số hẹn khám, bao gồm cả tài khoản của người phụ thuộc liên quan:

TÊN TÀI KHOẢN (NGƯỜI ĐỨNG TÊN TÀI KHOẢN)	SỐ HẸN KHÁM
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## PHẦN B - THÔNG TIN BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM

Ví dụ bao gồm: vợ/chồng, bạn tình sống chung, bố mẹ, người giám hộ, người bảo lãnh, v.v. Nếu vẫn là bệnh nhân, bỏ qua Phần B.

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với Bệnh Nhân \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_ Điện Thoại Nơi Làm Việc \_\_\_\_\_

Địa Chỉ \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

## PHẦN C – NGƯỜI PHỤ THUỘC

Liệt kê tất cả những người phụ thuộc sống trong nhà của người làm đơn mà người làm đơn chịu trách nhiệm tài chính đối với họ.

Đánh dấu vào ô quan hệ tương ứng đối với mỗi người phụ hợp. Đính kèm thêm một tờ nếu cần.

TÊN	TUỔI	VỢ/CHỒNG/BẠN TÌNH	BỐ MẸ	CON CÁI (DƯỚI 21 TUỔI)	KHÁC
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Số người trong hộ gia đình \_\_\_\_\_ Số con cái dưới 21 tuổi trong nhà \_\_\_\_\_ TIẾP >

**PHẦN D - THU NHẬP & TÀI SẢN HỘ GIA ĐÌNH**

Tổng Hàng Tháng (30 ngày qua)

Nguồn Thu Nhập	Bệnh nhân/Người làm đơn	Vợ/Chồng/Bạn Tình Sống Chung	Loại Tài Sản	Bệnh nhân/Người làm đơn	Vợ/Chồng/Bạn Tình Sống Chung
Tổng Lương/Tiền Công	\$	\$	Giá trị ngôi nhà, nếu có sở hữu	\$	\$
Quyền Lợi Bảo Hiểm An Sinh Xã Hội	\$	\$	Số Dư Vay	\$	\$
Quyền Lợi Bảo Hiểm Khuyết Tật	\$	\$	Giá trị tài sản khác	\$	\$
Quyền Lợi Bảo Hiểm Thất Nghiệp	\$	\$	Số Dư Vay	\$	\$
Trợ Cấp của Bang	\$	\$	Chứng Khoán/Trái Phiếu	\$	\$
Tiền hỗ trợ chăm sóc vợ/con sau ly hôn	\$	\$	Chứng Chỉ Tiền Gửi (CD)	\$	\$
Thu Nhập từ Cho Thuê hoặc Kinh Doanh	\$	\$	Tài khoản hưu trí cá nhân (IRA)/Quy Hưu Trí	\$	\$
Tiền Cho Vay/Trợ Cấp Sinh Viên	\$	\$	(Các) Tài Khoản Séc/Tiết Kiệm	\$	\$
Khác	\$	\$	(Các) Tài Khoản Đầu Tư	\$	\$
Tổng Thu Nhập	\$	\$	Tổng Tài Sản	\$	\$

Nếu thu nhập là \$0, vui lòng đánh dấu vào tất cả các mục áp dụng:

 Sống với người thân    Sống với bạn bè    Đã nghỉ hưu    Thất nghiệp    Khuyết tật    Vô gia cư    Học sinh/sinh viên

Khác: \_\_\_\_\_

**PHẦN E - CÁC NGHĨA VỤ Y TẾ VÀ HOÀN CẢNH ĐẶC BIỆT KHÁC**

Liệt kê tất cả các chi phí liên quan đến y tế chưa thanh toán (trừ NKCH).

TÊN HÓA ĐƠN	SỐ DƯ NỢ	THANH TOÁN HÀNG THÁNG

Nếu bạn có hoàn cảnh đặc biệt, bạn muốn được xem xét, vui lòng đính kèm một thư riêng cùng lời giải thích.

 Tôi đã đính kèm một thư riêng.**PHẦN F - CHỨNG TỪ**

Vui lòng đính kèm bản sao của các chứng từ sau đây:

- Báo cáo thuế thu nhập mới nhất
- Sao kê ngân hàng hai tháng mới nhất
- Cuống séc tiền lương hai tháng mới nhất hoặc thư trình bày Phúc lợi An sinh Xã hội/Khuyết tật

Nếu không thể cung cấp các chứng từ này, vui lòng liên hệ với một Cố Vấn Nguồn Lực (816.691.2598) để thảo luận về các giấy tờ chứng minh khác có thể được cung cấp để chứng minh khả năng hội đủ điều kiện.

**PHẦN G - CHỮ KÝ**

Bằng chữ ký của tôi dưới đây, tôi xác nhận thông tin trên là lời khai chính xác và đầy đủ về tình hình tài chính hiện tại của tôi và tôi cho phép kiểm tra thông tin này.

Chữ ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_



2800 Clay Edwards Drive  
North Kansas City, MO 64116  
816.691.2000  
nkch.org

*Where your care is personal.*