

ใบสมัครการช่วยเหลือทางการเงิน

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ด้านล่าง หากข้อใดไม่เกี่ยวข้อง กรุณาเขียน N/A แทนสำเนาเอกสารที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของคุณดังต่อไปนี้: 1. หากเช็คฉบับล่าสุดซึ่งแสดงให้เห็นข้อมูลรายได้ต่อปีของคุณ 2. รายการเสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาครั้งล่าสุด รวมทั้งเอกสารประกอบทั้งหมด 3. เช็คการประกันสังคม หรือจดหมายสิทธิ์โดยชอบธรรมหรือใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร หากฝากเงินโดยตรง 4. จดหมายเกี่ยวกับการว่างงาน 5. บัตรทองระบบ Harris Health System หากเป็นผู้ว่างงานและต้องอาศัยผู้อื่นสำหรับรายได้ และ/หรือค่าครองชีพ โปรดแนบจดหมายสนับสนุนและสำเนารายการเสียภาษีรายได้ หากได้ระบุไว้ในรายการเสียภาษีรายได้ว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะ หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในการกรอกใบสมัครนี้ กรุณาติดต่อสำนักงานธุรกิจส่วนกลางที่ 877-493-3228 วันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 7:00 น. ถึง 19:00 น., วันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 8:00 น. – 24:00 น.

กรุณาส่งใบสมัครและเอกสารประกอบให้กับสมาชิกทีมใด ๆ ในการเข้าถึงผู้ป่วยหรือแฟกซ์มาที่ (832) 667-5995 หรือส่งทางไปรษณีย์ไปยัง Centralized Business Office, Houston Methodist, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ชื่อผู้ป่วย (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)

หมายเลขประกันสังคมสี่หลักสุดท้าย

ชื่อคู่สมรส/บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง (กรุณาเขียนตัวพิมพ์)

หมายเลขประกันสังคม

บ้านเลขที่

หมายเลขโทรศัพท์ _____ วันเดือนปีเกิด _____ สถานภาพการสมรส _____

การบริการที่ร้องขอ: _____

เลขที่บัญชี: _____ วันที่ของการบริการ: _____

จำนวนบุตรธิดาที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ที่บ้าน: _____ ชื่อผู้ที่อยู่ในอุปการะ

เกี่ยวข้องโดยตรง _____

ลูกเลี้ยง _____

ไม่เกี่ยวข้องกัน _____

เป็นผู้ปกครองของ _____

ผู้ป่วย

นายจ้าง _____

- ☐ ทำงานเต็มเวลา
☐ ทำงานครึ่งเวลา
☐ ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ
☐ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้
☐ แม่บ้าน

คู่สมรส/บุคคลอื่น

นายจ้าง _____

- ☐ ทำงานเต็มเวลา
☐ ทำงานครึ่งเวลา
☐ ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ
☐ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้
☐ แม่บ้าน

ยอดรวมรายได้ครอบครัว* _____ ดอลลาร์/เดือน (ส่งใบพิสูจน์รายได้มาพร้อมกับใบสมัคร)

* รวมทั้งค่าจ้าง ทำงานในฟาร์มหรือเป็นเจ้าของธุรกิจ การช่วยเหลือจากรัฐ การประกันสังคม การว่างงาน/เงินทดแทนของคนงาน เกษียณอายุ สวัสดิการจากการนัดหยุดงาน เงินค่าเลี้ยงดูจากคู่สมรส เงินสนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตร การแบ่งส่วนของทหาร เบี้ยบำนาญ รายได้จากเงินปันผล ดอกเบี้ย ค่าเช่าสิ่งทวามทรัพย์ และแหล่งรายได้เบ็ดเตล็ดอื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวไว้ข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดตามคำร้องขออาจได้รับการพิจารณาว่าขาดคุณสมบัติจากโครงการช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ นอกจากนี้

ข้าพเจ้าจะยินยอมในสมัครสำหรับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ดำเนินการตามที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ความช่วยเหลือและคำแนะนำจาก HM ต่อผลของใบสมัครของข้าพเจ้า หากเหมาะสม ข้าพเจ้า (เรา) ให้ความยินยอมแก่ HM เพื่อได้ข้อมูลจากแหล่งใด ๆ เพื่อยืนยันข้อความซึ่งข้าพเจ้าให้ไว้ ณ ที่นี้

(ลายเซ็นผู้ป่วย/ผู้สมัคร)

(วันที่)