

ใบสมัครการช่วยเหลือทางการเงิน

คำแนะนำ: โปรดกรอกข้อความลงในช่องว่างที่ด้านล่าง หากข้อใดไม่เกี่ยวข้อง กรุณาเขียน N/A แนบสำเนาเอกสารที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของคุณดังต่อไปนี้: **1.** ทางการเงินล่าสุดซึ่งแสดงให้เห็นข้อมูลรายได้ต่อปีของคุณ **2.** รายการเสียภาษีรายได้บุคคลธรรมดาครั้งล่าสุด รวมทั้งเอกสารประกอบทั้งหมด **3.** เช็กระงับประกันสังคมหรือจดหมายสิทธิโดยชอบธรรมหรือใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร หากฝากเงินโดยตรง **4.** จดหมายเกี่ยวกับการว่างงาน **5.** บัตรทองระบบ Harris Health System หากเป็นผู้ว่างงานและต้องอาศัยผู้อื่นสำหรับรายได้ และ/หรือคำร้องขอขีฟ 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 ในการเข้าถึงผู้ป่วยหรือแพคเกจที่ (832) 667-5995 หรือส่งทางไปรษณีย์ไปยัง Centralized Business Office, Houston Methodist, Attn: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

ชื่อผู้ป่วย (กรุณาเขียนตัวพิมพ์) _____ หมายเลขประกันสังคมสี่หลักสุดท้าย _____

ชื่อคุณสมรส/บิดาหรือมารดา/ผู้ปกครอง (กรุณาเขียนตัวพิมพ์) _____ หมายเลขประกันสังคม _____

บ้านเลขที่ _____

หมายเลขโทรศัพท์ _____ วันเดือนปีเกิด _____ สถานภาพการสมรส _____

การบริการที่ร้องขอ: _____

เลขที่บัญชี: _____ วันที่ของการบริการ: _____

จำนวนบุตรธิดาที่อายุต่ำกว่า 18 ปีที่อาศัยอยู่ที่บ้าน: _____ ชื่อผู้ที่อยู่ในอุปการะ _____

เกี่ยวข้องกับโดยตรง _____

ลูกเลี้ยง _____

ไม่เกี่ยวข้องกัน _____

เป็นผู้ปกครองของ _____

รายจ่าย	บ้านพักอาศัย:	ค่าน้ำค่าไฟ:	รถยนต์:
ต่อเดือน	เช่า _____	ค่าไฟ _____ ดอลลาร์	เป็นเจ้าของ/# _____
	เป็นเจ้าของ _____	ค่าน้ำ _____ ดอลลาร์	เช่า/# _____
	ชำระเงิน _____	แก๊ส _____ ดอลลาร์	การชำระเงินรายเดือน _____ ดอลลาร์
	การชำระเงินรายเดือน _____ ดอลลาร์		

นายจ้าง	นายจ้าง
ทำงานเต็มเวลา _____	ทำงานเต็มเวลา _____
ทำงานครึ่งเวลา _____	ทำงานครึ่งเวลา _____
ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ _____	ว่างงาน/ปลดเกษียณ/ทุพพลภาพ _____
ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ _____	ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ _____
แม่บ้าน _____	แม่บ้าน _____

ยอดรวมรายได้ครอบครัว* _____ ดอลลาร์/เดือน (ส่งใบพิสูจน์รายได้มาพร้อมกับใบสมัคร)

* รวมทั้งค่าจ้าง ทำงานในฟาร์มหรือเป็นเจ้าของธุรกิจ การช่วยเหลือจากรัฐ การประกันสังคม การว่างงาน/เงินทดแทนของคนงาน เกษียณอายุ สวัสดิการจากการนัดหยุดงาน เงินค่าเลี้ยงดูจากคุณสมรส เงินสนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตร การแบ่งส่วนของทหาร เบี้ยบ้านญาติ รายได้จากเงินปันผล ดอกเบี้ย ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ และแหล่งรายได้เบ็ดเตล็ดอื่น ๆ

บัญชีธนาคาร/ทรัพย์สินอื่น ๆ:

บัญชีกระแสรายวัน	ใช่	ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
บัญชีออมทรัพย์	ใช่	ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
หุ้น/พันธบัตร ฯลฯ	ใช่	ไม่ใช่	ยอดคงเหลือ _____ ดอลลาร์
ทรัพย์สินเพิ่มเติม	ใช่	ไม่ใช่	อธิบาย _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวไว้ข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการตามความรู้ที่ดีที่สุดของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดตามคำร้องขออาจได้รับการพิจารณาว่าขาดคุณสมบัติจากโครงการช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าจะยินยอมให้ใบสมัครสำหรับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ดำเนินการตามที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ความช่วยเหลือและคำแนะนำจาก HM ต่อผลของใบสมัครของข้าพเจ้า หากเหมาะสม ข้าพเจ้า (เรา) ให้ความยินยอมแก่ HM เพื่อได้ข้อมูลจากแหล่งใด ๆ เพื่อยืนยันข้อมูลซึ่งข้าพเจ้าให้ไว้ ณ ที่นี้

_____ (ลายเซ็นผู้ป่วย/ผู้สมัคร) _____ (วันที่)