

Hướng dẫn: Xin điền vào tất cả các hàng trống dưới đây. Nếu mục nào không áp dụng cho quý vị, xin để chữ N/A. Đính kèm bản sao các giấy tờ sau đây cho trường hợp hiện tại của quý vị. **1. (Các) Cuống phiếu lương mới nhất cho thấy tất cả lợi tức từ đầu năm; 2. Giấy khai thuế lợi tức mới nhất, kể cả các giấy tờ đính kèm; 3. Chi phiếu An Sinh Xã Hội hoặc thư xác nhận hay sao kê ngân hàng, nếu là gửi chi phiếu trực tiếp vào nhà băng; 4. Thư thông báo trợ cấp thất nghiệp; 5. Thẻ vàng của Harris Health System.** Nếu thất nghiệp và phụ thuộc vào người khác để có thu nhập và/hoặc chi phí cho sinh hoạt hàng ngày, xin kèm theo một lá thư của người cấp dưỡng và một bản sao giấy khai thuế, nếu được khai là phụ thuộc trên giấy khai thuế lợi tức. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp đỡ thêm để điền đơn, xin liên lạc Văn Phòng Trung Tâm Giao Dịch tại 877-493-3228 Thứ Hai-Thứ Sáu 7g sáng – 7g tối, Thứ Bảy 8g sáng – 12g trưa.

Xin gửi đơn được hoàn tất và các giấy tờ yêu cầu khác đến bất cứ nhân viên nhóm Patient Access, hoặc fax đến (832) 667-5995 hay gửi qua bưu điện cho Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

TÊN BỆNH NHÂN (CHỮ IN) _____ BÓN SỐ CUỐI CỦA SỐ AN SINH XÃ HỘI _____

TÊN CHỒNG/VỢ/CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (CHỮ IN) _____ SỐ AN SINH XÃ HỘI _____

ĐỊA CHỈ CƯ TRÚ _____

SỐ ĐIỆN THOẠI _____ NGÀY SINH _____ TỈNH TRẠNG HÔN NHÂN _____

(CÁC) DỊCH VỤ YÊU CẦU: _____

SỐ HỒ SƠ: _____ NGÀY CUNG CẤP DỊCH VỤ: _____

Số trẻ em dưới 18 tuổi đang sống với gia đình: _____ Tên của Người Phụ Thuộc

Con đẻ _____

Con riêng _____

Không có quan hệ _____

Người giám hộ của _____

CHI TIÊU	Nhà Ở:	Các Tiện Ích:	Xe Hơi:
HÀNG THÁNG	Thuê _____	Điện \$ _____	Sở hữu riêng/# _____
	Sở hữu _____	Nước \$ _____	Thuê/# _____
	Đã Trả Dứt _____	Ga \$ _____	Tiền trả hàng tháng \$ _____
	Tiền trả hàng tháng \$ _____		

Bệnh Nhân	Vợ hay Chồng/Người Khác
------------------	--------------------------------

Hãng Sờ _____ Hãng Sờ _____

Làm Toàn Thời Gian _____ Làm Toàn Thời Gian _____

Làm Bán Thời Gian _____ Làm Bán Thời Gian _____

Thất nghiệp/về hưu/khuyết tật _____ Thất nghiệp/về hưu/khuyết tật _____

Không thể trở lại làm việc _____ Không thể trở lại làm việc _____

Nội trợ _____ Nội trợ _____

TỔNG SỐ LỢI TỨC GIA ĐÌNH* \$ _____ /tháng (NỢP (CÁC) BẢNG CHỨNG VỀ LỢI TỨC CÙNG VỚI ĐƠN XIN)

** Gồm tất cả lợi tức từ công việc, nông trại hay tự làm chủ, trợ cấp xã hội, An Sinh Xã Hội, thất nghiệp/bồi thường công nhân, hưu trí, trợ cấp đình công, cấp dưỡng ly dị, trợ cấp con cái, lương phân phối quân đội, lương hưu, tiền lời từ cổ tức, tiền lãi, cho thuê tài sản và các nguồn lợi tức khác.*

TRƯỞNG MỤC NGÂN HÀNG/TÀI SẢN KHÁC:

Trương Mục Chi Phiếu Có _____ Không _____ **Số Kết Toán** \$ _____

Trương Mục Tiết Kiệm Có _____ Không _____ **Số Kết Toán** \$ _____

Cổ Phiếu/Trái Phiếu, Có _____ Không _____ **Số Kết Toán** \$ _____

v.v... _____

Các Tài Sản Khác Có _____ Không _____ **Mô Tả** _____

Tôi xác nhận rằng những điều khai trên đây là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Điều này được hiểu rằng, việc không cung cấp tất cả những thông tin được yêu cầu kể trên sẽ có thể được xem là không đạt tiêu chuẩn từ bất cứ việc cứu trợ tài chính nào của Chương Trình. Hơn nữa, nếu đủ điều kiện, tôi sẽ làm đơn xin trợ cấp từ chính phủ, sẽ làm những gì cần thiết để xin trợ giúp và thông báo cho HM biết kết quả về tình trạng nộp đơn của tôi. Tôi (chúng tôi) đồng ý cho HM thu thập tin tức từ bất cứ nguồn cung cấp dữ liệu nào để kiểm chứng (những) lời khai mà tôi (chúng tôi) đã đưa ra.

(Chữ Ký Bệnh Nhân/Người Nộp Đơn) _____ (Ngày) _____