



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Community Memorial Health System
147 North Brent Street
Ventura, CA 93003

Trực tiếp nộp đơn:
5855 Olivas Park Drive
Ventura, Ca 93003

ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH ĐƠN XIN ĐƯỢC CHĂM SÓC TỪ THIỆN KHÔNG BÒI HOÀN CHI PHÍ

Tên Bệnh Nhân _____

Số Trương Mục của Bệnh Nhân _____

Tên Người Bảo Lãnh _____

Ngày, Tháng, Năm Sinh: _____ Số An Sinh Xã Hội (SS#) _____ - _____ - _____

Số Điện Thoại () _____

Địa Chỉ _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính _____

Tên Vợ/Chồng _____

Số An Sinh Xã Hội (SS#) _____ - _____ - _____

Quý vị có Quốc Tịch Mỹ không? _____ Có _____ Không

Nếu không, quý vị có phải là thường trú nhân không? _____ Có _____ Không

Nếu không, quý vị có phải là người nước ngoài không là thường trú nhân? _____ Có _____ Không

TÌNH TRẠNG GIA ĐÌNH: Liệt kê tất cả những người phụ thuộc do quý vị hỗ trợ

Tên	Tuổi	Mối Quan Hệ
-----	------	-------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

VIỆC LÀM VÀ NGHỀ NGHIỆP:

Công ty tuyển dụng _____ Chức Vụ: _____

Trường hợp làm tự do, tên doanh nghiệp _____

Địa chỉ công ty tuyển dụng _____

Số điện thoại _____ Thời gian làm việc _____

Công ty tuyển dụng của Vợ/Chồng: _____ Chức Vụ: _____

Trường hợp làm tự do, tên doanh nghiệp _____

Tình Trạng Lợi Tức và Chi Phí Hiện Tại

Lợi Tức Hàng Tháng Hiện Tại:	Bệnh Nhân	Vợ/Chồng
Tổng Mức Lương	\$ _____	\$ _____
Lợi tức từ kinh doanh (nếu làm tự do)	\$ _____	\$ _____
Lãi và cổ tức	\$ _____	\$ _____
Lợi tức từ bất động sản và tài sản cá nhân	\$ _____	\$ _____
An Sinh Xã hội/ Lợi Tức Hưu Trí	\$ _____	\$ _____
Tiền cấp dưỡng, hỗ trợ	\$ _____	\$ _____
Trợ cấp thất nghiệp	\$ _____	\$ _____
Lợi Tức Khác	\$ _____	\$ _____
Tổng Lợi Tức Hàng Tháng	\$ _____	\$ _____

Chi Phí Hàng Tháng Hiện Tại:

Tiền Thuê Nhà hoặc Tiền Nợ Nhà \$ _____ \$ _____

Thuế Bất Động Sản	\$ _____	\$ _____
Chi Phí Tiện Ích	\$ _____	\$ _____
Tiền cấp dưỡng, hỗ trợ	\$ _____	\$ _____
Chi Phí cho Giáo Dục	\$ _____	\$ _____
Chi Phí Thực Phẩm	\$ _____	\$ _____
Khấu Trừ Tiền Lương	\$ _____	\$ _____
Y tế, nha khoa, thuốc	\$ _____	\$ _____
Các khoản chi khác _____	\$ _____	\$ _____
Tổng Chi Phí Hàng Tháng	\$ _____	\$ _____
Tổng Lợi Tức Hàng Tháng sau khi trừ Chi Phí	\$ _____	\$ _____

Khi ký tên vào Đơn này, tôi đồng ý cho phép Community Memorial Health System liên lạc với công ty tuyển dụng tôi, ngân hàng của tôi và các nguồn khác, cũng như yêu cầu được biết lịch sử tín dụng nhằm mục đích xác định điều kiện có thể được Chăm Sóc Từ Thiện của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ điều kiện nhận dịch vụ theo hướng dẫn của Chăm Sóc Từ Thiện thì tôi sẽ phải chịu trách nhiệm cá nhân để trả các chi phí cho dịch vụ đó. Tôi xin cam đoan rằng thông tin cung cấp trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Trong trường hợp phát hiện thông tin nào được cung cấp tại đây là không đúng sự thật hoặc gây hiểu lầm, tôi hiểu rằng tư cách tham gia Chăm Sóc Từ Thiện sẽ bị từ chối.

Tôi cũng hiểu rằng đơn này chỉ áp dụng cho các khoản phí của Community Memorial Health System. Tất cả các khoản phí dịch vụ của bác sĩ, chuyên khoa Quang Tuyến, chuyên viên phòng cấp cứu Ojai, xe cứu thương, dịch vụ gây mê hoặc các dịch vụ bệnh lý được lập hóa đơn không thuộc Community Memorial Health System sẽ không được bao gồm trong đơn này.

(Chữ ký của Bệnh Nhân Hoặc Người Bảo Lãnh)

(Ngày, tháng, năm)

(Chữ ký của Người Cùng Đứng Đơn)

(Ngày, tháng, năm)



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Trực tiếp nộp đơn:

5855 Olivas Park Drive

Ventura, CA 93003

Giờ Làm Việc

Thứ 2 – Thứ 6. 8:00 sáng – 4:00 chiều

ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH HƯỚNG DẪN ĐƠN XIN ĐƯỢC CHĂM SÓC TỪ THIỆN KHÔNG BỒI HOÀN CHI PHÍ

Ngày: _____

Tên Bệnh Nhân: _____

Số Trương Mục của Bệnh Nhân: _____

Tổng Số Dư để Xem Xét: \$ _____

Phúc đáp đơn đề nghị hỗ trợ tài chính của quý vị đối với (các) số trương mục của bệnh nhân như đã nêu trên, vui lòng gửi các giấy tờ sau đây, không muộn hơn mười (10) ngày kể từ ngày ghi trên thư này.

Điều quan trọng là đơn này phải được điền đầy đủ, và tất cả thông tin yêu cầu phải được cung cấp nhằm mục đích xem xét khả năng chi trả toàn bộ hay một phần của hóa đơn bệnh viện.

- (1) Giấy tờ chối hoặc chấp nhận chính thức của Medi-Cal
- (2) Đơn đề nghị trợ cấp từ thiện hoàn chỉnh (kèm theo thư này)
- (3) Bản sao các cùi chi phiếu lương của ba tháng mới nhất. Lưu ý rằng bao gồm cả các khoản hỗ trợ công (chẳng hạn như, An Sinh Xã Hội, Thất Nghiệp, hay Khuyết Tật). Nếu quý vị có lợi tức bằng tiền mặt, xin vui lòng cung cấp văn bản từ công ty tuyển dụng ghi rõ mức lợi tức của quý vị.

Nếu hiện nay quý vị không có bất cứ khoản lợi tức nào, vui lòng viết một đoạn ngắn gọn trên một tờ giấy riêng cho biết tình hình tài chính hiện nay của quý vị.

Xin nhớ bao gồm ngày, tháng, năm và chữ ký. Nếu quý vị đang nhận hỗ trợ tài chính hoặc sống cùng người khác, vui lòng nhờ người đó viết đôi lòng giải thích tình trạng tài chính.

- (4) Xác minh tiền thuê nhà hoặc tiền trả nợ mua nhà.
- (5) Bản sao các bản kê ngân hàng tháng trước của quý vị (các trương mục tiết kiệm, chi phiếu, IRAs, trương mục thị trường tiền tệ, v.v...)
- (6) Bản sao khai thuế năm trước của quý vị (biểu mẫu 1040 được kê khai đầy đủ và ký tên)

Vui lòng chỉ gửi bản sao các giấy tờ này bởi vì chúng tôi sẽ không gửi trả lại giấy tờ cho quý vị.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc gì, xin vui lòng gọi trực tiếp cho tôi qua số (805) 652-5676 để được giúp đỡ.

____BECKY_____

Đại Diện Trương Mục của Bệnh Nhân
Community Memorial Health System