

Mẫu Đơn Xin Sự Chăm Sóc mà Không Thẻ Trả Chi Phí Được

PHẦN I.- THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH/NGƯỜI BẢO TRỢ		PHẦN IV.- TÀI SẢN CỐ ĐỊNH					
Số Người trong Gia Đình:			Hãng Chế Tạo Xe	Đời Xe	Số Tiền Mượn	Số Tiền Trả Hằng Tháng	Trị Giá
Số Người Phụ Thuộc Dưới 21 tuổi:		Xe 1					\$ _____
Tên Người Bảo Trợ:		Xe 2					\$ _____
Quan Hệ với Bệnh Nhân:		Những tài sản khác					\$ _____
Tình Trạng Di Trú		Tổng Số					
		Quý vị đang làm chủ một căn hộ hay đang thuê nhà?			<input type="checkbox"/> Làm chủ	<input type="checkbox"/> Thuê nhà	
PHẦN II.- TỔNG SỐ TIỀN THU NHẬP TRƯỚC KHI TRỪ THUẾ		Quý vị có sở hữu tài sản gì khác không?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Mẹ:		Địa chỉ/Địa điểm:					
<input type="checkbox"/> Tiền lương	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Tiền bệnh	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp	\$ _____		Trị giá	Số Tiền Mượn	Số Tiền Lãi từ Tài Sản		
<input type="checkbox"/> Tiền hưu	\$ _____	Tài sản khác					
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	TỔNG SỐ TÀI SẢN cố định: \$					
<input type="checkbox"/> Những số tiền khác:	\$ _____						
Cha		PHẦN V.- CÁC CHI PHÍ HẰNG THÁNG					
<input type="checkbox"/> Tiền lương	\$ _____			Cha	Me		
<input type="checkbox"/> Tiền bệnh	\$ _____	Tiền cấp dưỡng cho người phối ngẫu và/hoặc cho con		\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Tiền thất nghiệp	\$ _____	Chi phí gửi trẻ		\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Tiền hưu	\$ _____	Các tiền lệ phí bảo hiểm		\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	Các chi phí về việc làm (tối đa là \$75 cho mỗi người)		\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Những số tiền khác:	\$ _____	Các chi phí y tế/nha khoa		\$ _____	\$ _____		
TỔNG SỐ TIỀN THU NHẬP:	\$ _____	Tài khoản/tiền vay mượn/thẻ tín dụng:		\$ _____	\$ _____		
		Tên:		\$ _____	\$ _____		
		Tên:		\$ _____	\$ _____		
		Tên:		\$ _____	\$ _____		
PHẦN III.- TÀI SẢN LUÂN CHUYỂN ĐƯỢC (LIQUID ASSETS)		Số tiền đối đa được mượn của thẻ Mastercard:		\$ _____	\$ _____		
Số Tài Khoản Trong Ngân Hàng (Checking Account #)	\$ _____	Số tiền đối đa được mượn của thẻ Visa:		\$ _____	\$ _____		
Tên Ngân Hàng:		TỔNG SỐ CHI PHÍ					
Chi Nhánh:				\$ _____	\$ _____		
Số Tài Khoản trong Quỹ Tiết Kiệm (Savings Account#):	\$ _____						
		CÁC TÀI LIỆU CẦN THIẾT:					
Tên Ngân Hàng:		<input type="checkbox"/> Tài liệu Khai Thuế năm ngoái hoặc cuống tiền lương cho 3 tháng					
Chi Nhánh:		<input type="checkbox"/> Bản sao giấy chứng minh ngân hàng {2 tháng}					
Tài Sản Khác:		<input type="checkbox"/> Biên lai tiền thuê nhà hoặc tiền nợ nhà (mortgage) {3 tháng}					
Xin ghi rõ		<input type="checkbox"/> Những tài liệu khác: (xin ghi rõ)					
TỔNG SỐ TÀI SẢN LUÂN CHUYỂN ĐƯỢC:	\$ _____						

Mẫu Đơn Xin Sự Chăm Sóc mà Không Thể Trả Chi Phí Được

MỤC ĐÍCH: Mục đích của thông tin này là để quyết định khả năng thanh toán chi phí cho các dịch vụ nhận được tại Children's Hospital LA hoặc tình trạng hội đủ điều kiện để có thể được tham gia vào chương trình hỗ trợ y tế. Thông tin này **KHÔNG** phải là mẫu đơn xin vào các chương trình Medi-Cal, và Chương Trình Các Dịch Vụ cho Trẻ Em của California (California Children's Services), Chương Trình Cho Những Người Khó Khăn về Mặt Y Tế của Quận (County Medically Indigent Services Program) hoặc bất cứ chương trình hỗ trợ nào khác của quận. Quý vị **PHẢI LIÊN LẠC VỚI SỞ XÃ HỘI TRONG QUẬN QUÝ VỊ ĐANG CƯ NGỤ ĐỂ XIN VÀO CÁC CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP.**

Tôi xác nhận là những thông tin ở trên là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu là bệnh viện có quyền kiểm tra tất cả các thông tin. Tôi đồng ý là sẽ báo cáo cho Văn Phòng Thương Mại cho Các Dịch Vụ Bệnh Nhân về bất cứ thay đổi trong các thông tin về tài chính của tôi trong vòng 10 ngày của sự thay đổi.

TÔI HIỂU LÀ TÔI VẪN CHỊU TRÁCH NHIỆM VỚI TỔNG SỐ CHI PHÍ CỦA TÔI TẠI CHILDREN'S HOSPITAL LOS ANGELES.

Chữ ký của Cha Mẹ/Người Giám Hộ

Ngày

Người Làm Chứng/Thông Dịch Viên

Người Đại Diện tại Bệnh Viện