

Hồ sơ Hỗ trợ Tài chính (FAA)

Thông tin nhân khẩu Bệnh nhân

Tên Bệnh nhân: Họ, Tên, Tên đệm	Số An sinh Xã hội # (Nếu có)	Ngày sinh	Tài khoản # Địa điểm Dịch vụ
Tên Người bảo hộ: Họ, Tên, Tên đệm	Số An sinh Xã hội # (Nếu có)	Ngày sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân
Địa chỉ Bệnh nhân/ Người bảo hộ	Quận Cư trú	Điện thoại Nhà #	Điện thoại Thay thế #
Thành phố	Bang	Mã Zip	Chủ hộ? Có Không
Quý vị đã từng nộp hồ sơ xin hưởng Medicaid hoặc bất kỳ Hỗ trợ nào của Tiểu bang/Quận hay chưa? (Khoanh tròn một đáp án) Có Không			
Nếu Có, Vui lòng cung cấp thông tin sau:			
Ngày Nộp:		Trạng thái Hồ sơ:	
Tên Nhân viên Phụ trách:		Số Điện thoại của Nhân viên Phụ trách:	

Thông tin Hộ gia đình

Tình trạng Hôn nhân:	Kết hôn	Độc thân	Ly thân	Ly dị	Góa
Tên Người phụ thuộc					
			Mối quan hệ	Ngày sinh	

Công việc/Thu nhập và Chi phí Hộ gia đình

Tên Chủ thuê của Bệnh nhân/Người bảo hộ	Tổng Thu nhập Tháng: \$	Xác thực
Nếu thu nhập là \$0, vui lòng giải thích.		Cung cấp tài liệu
Tên Chủ thuê của Vợ/Chồng	Tổng Thu nhập Tháng: \$	Xác thực
Nếu thu nhập là \$0, vui lòng giải thích.		Cung cấp tài liệu
Nguồn Thu nhập Khác:	Tổng Thu nhập Tháng: \$	Xác thực
KHÔNG MẤT PHÍ ĐỐI VỚI HỒ SƠ XIN NHSC		
Chi phí Gia đình Hàng tháng	Tổng Chi phí Hàng tháng: \$	

QUAN TRỌNG: Để hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ, có thể cần ít nhất một phần tài liệu hỗ trợ xác minh được thu nhập hộ gia đình. Tài liệu hỗ trợ có thể bao gồm nhưng không giới hạn tài liệu hoàn thuế nhất năm gần nhất, mẫu W-2 gần đây, 1 cuốn lương tháng hiện tại, thư hỗ trợ có chữ ký, v.v..

VUI LÒNG ĐỌC THÔNG TIN DƯỚI ĐÂY TRƯỚC KHI KÝ VÀ GHI NGÀY HỒ SƠ

Vui lòng lưu ý rằng chữ ký của quý vị biểu thị việc quý vị đồng ý bị xác minh thu nhập.

- Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp là đúng và chính xác theo sự hiểu biết cao nhất của tôi.
- Tôi sẽ độc lập hoặc với sự trợ giúp của nhân viên bệnh viện nộp hồ sơ cho **BẤT KỲ** và **MỌI** Hỗ trợ có thể có sẵn thông qua chính quyền liên bang, tiểu bang, chính quyền địa phương và các nguồn tư nhân để giúp chi trả hóa đơn y tế này.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không hợp tác với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi trong việc cung cấp thông tin được yêu cầu, hồ sơ của tôi có thể bị từ chối cơ hội hỗ trợ tài chính.
- Tôi hiểu rằng những thông tin tôi gửi sẽ được xác thực bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi, bao gồm các cơ quan báo cáo tín dụng và chịu sự xem xét của các cơ quan Liên bang và/hoặc Tiểu bang và các cơ quan khác như được yêu cầu.
- Tôi hiểu rằng thông tin bổ sung có thể được yêu cầu để hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ.

Chữ ký (Người nộp hồ sơ/Người bảo lãnh)	Ngày
--	-------------

Gửi lại Hồ sơ đã Hoàn tất và Tài liệu cho:

**Financial Assistance Center
PO Box 650953
Dallas, TX 75265-0953**

Phone: (855) 715-4379

Email: CHIFA@coniferhealth.com