



Kính Gửi Bệnh Nhân Đáng Kính của Chúng Tôi:

Cảm ơn quý vị đã chọn CHRISTUS Health cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Trong tài liệu đính kèm, quý vị sẽ tìm thấy đơn xin hỗ trợ tài chính của bệnh viện. Đơn này chỉ dành cho chi phí bệnh viện của quý vị. Vui lòng gửi lại đơn đã điền đầy đủ và cung cấp tất cả các giấy tờ hỗ trợ đến một người tư vấn tài chính của bệnh viện.

Những bệnh nhân có thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% tiêu chí hộ nghèo hiện hành của liên bang và không đủ kinh phí thanh toán hóa đơn của mình có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ. Những bệnh nhân có hóa đơn y tế lớn bất kể thu nhập cũng có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ. Ngoài các điều chỉnh một phần hoặc toàn bộ, hỗ trợ còn bao gồm các cách giải quyết thanh toán kéo dài.

Chúng tôi hiểu mong muốn của quý vị về quyền riêng tư. Theo đó, ngoại trừ mục đích xác minh, thông tin được bao gồm trong đơn của quý vị sẽ được coi là bí mật. Thông tin đó chỉ được chia sẻ trong CHRISTUS Health trên cơ sở nhu cầu được biết.

Khi nhận được đơn đã điền đầy đủ, nhân viên của chúng tôi sẽ tiến hành xem xét đơn để kiểm tra hỗ trợ có thể nhận được đối với số dư trên (các) tài khoản của quý vị với CHRISTUS Health. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản sau khi xem xét.

Một lần nữa, xin cảm ơn quý vị vì đã chọn CHRISTUS Health cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn hoặc thông tin trên đây, vui lòng liên hệ với người tư vấn tài chính của bệnh viện hoặc gọi đến số điện thoại bên dưới.

Trân trọng,

CHRISTUS Health

800-756-7999

Thứ Hai – Thứ Sáu

8:00 đến 17:00 (giờ miền Trung)

Ngày Nộp Đơn: _____ Tên Người Bảo Lãnh (nếu không phải là bệnh nhân): _____

Tên Bệnh Nhân: _____ (Những) Ngày Thực Hiện Dịch Vụ: _____

Số Tài Khoản tại Bệnh Viện _____ Số Hồ Sơ Y Tế _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Michael Hospital | <input type="checkbox"/> Children's Hospital of San Antonio |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Medical Center |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Westover Hills |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Coughatta Health Care Center | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – New Braunfels |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Highland Medical Center | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Shoreline |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Schumpert | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – South |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Patrick Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Memorial |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Hospital – St. Elizabeth | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Kleberg |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Hospital – St. Mary | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Alice |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Jasper Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Beeville |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Ctr | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances Health System |

Tên (Các) Bệnh Nhân: _____ Số Tài Khoản: _____

QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP ÍT NHẤT 1 TRONG CÁC GIẤY TỜ SAU ĐÂY:

- Tờ Khai Thuế Thu Nhập mới nhất và đầy đủ
- 3 cuống phiếu lương gần nhất
- 3 bản sao kê tài khoản vãng lai/tiết kiệm gần nhất
- Phiếu Thực Phẩm hoặc thư chứng nhận SSI/SSA/SSD

QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP BẰNG CHỨNG DANH TÍNH BẰNG ÍT NHẤT 1 TRONG CÁC GIẤY TỜ SAU ĐÂY:

- Giấy Phép Lái Xe Hiện Hành
- Thẻ Đăng Ký Ngoại Kiều
- Hộ Chiếu
- Thẻ Nhận Dạng Do Tiểu Bang Cấp

Nếu quý vị báo cáo thu nhập là \$0, vui lòng đính kèm giải thích ngắn gọn quý vị hoặc bệnh nhân đang làm thế nào để đáp ứng các nhu cầu cơ bản

THÔNG TIN CÁ NHÂN:	NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM	NGƯỜI PHỐI NGẮU
Tên	_____	_____
Số An Sinh Xã Hội	_____	_____
Ngày Sinh	_____	_____
Địa Chỉ Phố/Căn Hộ #	_____	_____
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip	_____	_____
Số Điện Thoại Nhà Riêng	_____	_____

THÔNG TIN VIỆC LÀM:

Tên Nhà Tuyển Dụng	_____	_____
Giải thích, nếu quý vị tự làm chủ	_____	_____
Địa Chỉ	_____	_____
Số Điện Thoại	_____	_____
Số Giờ Làm Việc/Tuần	_____	_____
Chức Danh Công Việc	_____	_____
Thời Gian Làm Việc	Năm _____ Tháng _____	Năm _____ Tháng _____
Tổng Lương Hàng Tháng	_____	_____

CÁC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH KHÁC:

Tên _____	Tuổi _____	Ngày Sinh _____	Mối Quan Hệ _____
Tên _____	Tuổi _____	Ngày Sinh _____	Mối Quan Hệ _____
Tên _____	Tuổi _____	Ngày Sinh _____	Mối Quan Hệ _____
Tổng Lương Hàng Tháng _____			

THU NHẬP BỔ SUNG:

Nghề Nghiệp Thứ 2: K C: \$ _____/tháng
 Doanh Nghiệp Nhỏ: K C: \$ _____/tháng
 Khác: (ví dụ: các khoản đầu tư, tiền tiết kiệm, hỗ trợ nuôi con, hỗ trợ khác của chính phủ)
 \$ _____/tháng

NỢ:

Thế Chấp Nhà: \$ _____/tháng
 Đơn Vị Giữ Thế Chấp: _____
 Số Dư Còn Nợ: \$ _____
 Ô Tô/Tàu Thuyền/Xe RV: \$ _____/tháng

CHI PHÍ KHÁC:

Hóa Đơn Y Tế: \$ _____/tháng
 Hóa Đơn Thuốc: \$ _____/tháng
 Khác: (ví dụ: vay nợ, thuê, cáp truyền hình, gas điện thoại, dịch vụ công cộng, thực phẩm) \$ _____/tháng

Có bên thứ ba nào có khả năng chịu trách nhiệm cho chi phí y tế của quý vị không (ví dụ: bảo hiểm ô tô, bồi thường cho người lao động, kiện tụng)? Có Không

Tôi xác nhận rằng tôi không thể thanh toán tất cả chi phí của các dịch vụ cần thiết và thông tin mà tôi cung cấp cho CHRISTUS Health là trung thực và chính xác. Tôi hiểu rằng CHRISTUS Health sẽ sử dụng thông tin này để xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi. Tôi đã tiết lộ tất cả tài sản và thu nhập của tôi. Không báo cáo tài sản hoặc thu nhập có thể dẫn đến kiện tụng pháp lý, bao gồm cả cáo buộc hình sự. Tôi đồng ý báo cáo mọi thay đổi về tình trạng tài chính của tôi với CHRISTUS Health. Tôi ủy quyền cho CHRISTUS Health, hoặc bất kỳ cơ quan báo cáo tín dụng nào, được phép điều tra mọi sự liên hệ, khai báo, việc làm hoặc dữ liệu khác mà tôi hoặc bất kỳ người nào khác cung cấp liên quan đến trách nhiệm tín dụng và tài chính của tôi.

Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh Ký Tên _____ Ngày _____

Người Phối Ngẫu Ký Tên _____ Ngày _____