



CalvertHealthTM
Medical Center

Kính thưa

Bạn đã bày tỏ sự quan tâm đến Chương trình Hỗ trợ của Trung tâm Y tế CalvertHealth (Chương trình Chăm sóc Từ thiện). Chúng tôi hiểu rằng đôi khi các nghĩa vụ tài chính liên quan đến chăm sóc sức khỏe có thể rất khó khăn.

Chương trình chăm sóc từ thiện của chúng tôi dành cho những bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí dựa trên hướng dẫn do Chính phủ Liên bang ban hành về Chăm Sóc Từ Thiện. Bạn sẽ tìm thấy đơn đăng ký đính kèm và danh sách các tài liệu cần thiết để hỗ trợ đơn đăng ký.

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào đơn, ghi ngày tháng năm, ký tên và gửi lại cho Bộ Phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh nhân. Đơn này cần được hoàn thành và gửi lại cùng với các giấy tờ hỗ trợ trong vòng 15 ngày. Điều quan trọng là phải gửi lại đầy đủ tất cả các giấy tờ cần thiết để không làm chậm trễ quá trình xử lý.

Sau khi nhận được đầy đủ thông tin theo các tiêu chí, hồ sơ sẽ được chuyển tiếp đến các chuyên gia thẩm định để phê duyệt và ký tên.

Dù được chấp thuận hay từ chối, bệnh nhân của chúng tôi sẽ được thông báo kết quả bằng thư.

Mọi thắc mắc xin vui lòng liên hệ với một trong những cố vấn tài chính của chúng tôi theo số: 410.535.8248



CalvertHealth™
Medical Center

Mã số bệnh nhân: _____

Thông tin phải được nhận trước ngày: **Ngày:** _____

Bảng chứng thu nhập

Bảng chứng nhận dạng

Bảng chứng chi phí

x Phiếu lương 3 tháng gần nhất.	• Thẻ an sinh xã hội.	• Hóa đơn nước, cống, rác
• Tuyên bố về tiêu đề thư của nhà tuyển dụng.	• Giấy khai sinh/Giấy chứng nhận rửa tội	• Tiện ích
x Tờ khai thuế năm 2024	• Giấy phép lái xe	• Biên lai tiền thuê nhà/tiền trả góp nhà
• Trợ cấp thất nghiệp	• Giấy đăng ký người nước ngoài	• Chi phí chung
• Phúc lợi Công đoàn/Đình công	• Giấy phép kết hôn	• Trẻ em/người lớn phụ thuộc vào người chăm sóc
• Hỗ trợ nuôi con/Tiền cấp dưỡng	• Quyết định ly hôn	• Thuế bất động sản/Bảo hiểm nhà ở
• Lợi ích an sinh xã hội	• Thỏa thuận ly thân	• Hóa đơn y tế
• Lợi ích SSI/SSDI	• Thư từ nguồn bên ngoài	
• Phúc lợi cựu chiến binh		
• Khoản vay giáo dục / nhận trợ cấp / học bổng	Chứng minh tài sản	Bảng chứng khác
• Phân bổ quân sự		
• Các khoản thanh toán từ người khác cho các khoản chi phí	x 2 Sao kê tài khoản séc/tiết kiệm đầy đủ	• Mẫu đơn trường học 604/690
• Đóng góp nhận được	• Chứng chỉ tiền gửi CD, Tài khoản IRA.	• Địa chỉ của phụ huynh vắng mặt
• Từ người ở trọ/người ở thuê	• Cổ phiếu, trái phiếu, quỹ tương hỗ	• Mang thai/Chăm sóc trước khi sinh
• Thu nhập từ thể chấp / cho mượn	• Cổ tức lãi suất	• Mẫu đơn mất năng lực / khuyết tật
• Hồ sơ việc làm tự do	• Bảo hiểm nhân thọ và sức khỏe	• Đơn xin các lợi ích khác
• Bồi thường cho người lao động	• Tiền cho vay mua ô tô và xe cộ	• Bảng chứng về người sống cùng bạn
• Biểu mẫu/Bảng kê lương	• Hãng/Mẫu/Năm sản xuất - tất cả các loại xe	• Thẻ báo cáo
• Thu nhập hưu trí	• Tài sản đã chuyển nhượng trong vòng 3 tháng qua	• Loại nhà ở
• Thư thất nghiệp	• Tài sản: Đất đai, Nhà cửa, Khác	• Thông tin khác

****Lưu ý quan trọng**** các bằng chứng này phải bao gồm tên, địa chỉ và số điện thoại của người đưa ra lời khai.

Hướng dẫn khác:

Bệnh nhân thân mến,

Bạn đã yêu cầu hỗ trợ thanh toán viện phí tại Trung tâm Y tế CalvertHealth. Chúng tôi đã nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính của bạn. Có một số giấy tờ cần thiết để phê duyệt yêu cầu của bạn. Vui lòng gửi lại các mục đã được đánh dấu ở trên cho bệnh viện càng sớm càng tốt.

Việc không tuân thủ yêu cầu này đồng nghĩa với việc bạn không còn quan tâm đến chương trình của chúng tôi nữa.

Nếu bạn có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với các cố vấn tài chính của chúng tôi theo số 410.535.8248, số fax: 410.535.8714

Trân trọng,



CalvertHealth™
Medical Center

Tài Chính Thống nhất của Tiểu bang Maryland

Đơn xin Hỗ trợ

Thông tin về bạn

Tên: _____

	Tên	Tên đệm	Họ
Số an sinh xã hội: _____ - _____ - _____	Tình trạng hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Ly thân		
Công dân Hoa Kỳ:	Có	Không	
Thường trú nhân:	Có	Không	
Địa chỉ nhà: _____	Điện thoại: _____		

_____ Quận: _____

Thành phố	Tiểu bang	Mã số zip	
Địa chỉ nhà tuyển dụng: _____	Điện thoại: _____		
_____	Quận: _____		

Thành phố	Tiểu bang	Mã số zip	
-----------	-----------	-----------	--

Các thành viên trong hộ gia đình:

_____	_____	_____
Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____
Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____
Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____
Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____
Tên	Tuổi	Mối quan hệ
_____	_____	_____

Bạn đã nộp đơn xin trợ cấp y tế chưa? Có Không
 Nếu có, bạn nộp đơn vào ngày nào? _____
 Nếu có, đó là quyết định gì? _____
 Bạn có nhận được bất kỳ loại trợ cấp nào từ tiểu bang hoặc quận hạt? Có Không

I. Thu nhập gia đình

Liệt kê tổng thu nhập hàng tháng của bạn từ tất cả các nguồn. Bạn có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng về thu nhập, tài sản và chi phí. Nếu bạn không có thu nhập, vui lòng cung cấp thư bảo lãnh từ người đang chu cấp chỗ ở và ăn uống cho bạn.



CalvertHealthTM

Medical Center

Số tiền hàng Tháng

Thuê người làm	_____
Trợ cấp hưu trí/lương hưu	_____
trợ cấp an sinh xã hội	_____
Lợi ích hỗ trợ công cộng	_____
Quyền lợi khuyết tật	_____
Trợ cấp thất nghiệp	_____
Quyền lợi của cựu chiến binh	_____
Cấp dưỡng	_____
Thu nhập từ cho thuê nhà/đất	_____
Quyền lợi đình công	_____
Phân bổ quân sự	_____
Trang trại hoặc tự làm chủ	_____
Nguồn thu nhập khác	_____
Tổng cộng	_____

II. Tài sản lưu động	Số dư hiện tại
Tài khoản chi phiếu	_____
Tài khoản tiết kiệm	_____
Cổ phiếu, trái phiếu, chứng chỉ tiền gửi hoặc thị trường tiền tệ	_____
Các tài khoản khác	_____
Tổng cộng	_____

III. Tài sản khác	
Nếu bạn sở hữu bất kỳ vật phẩm nào trong danh sách dưới đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị ước tính.	
Nhà cửa: Số dư khoản vay _____	Giá trị ước tính _____
Ô tô: Chế tạo _____ năm _____	Giá trị ước tính _____
Xe ô tô khác: Chế tạo _____ năm _____	Giá trị ước tính _____
Xe ô tô khác: Chế tạo _____ năm _____	Giá trị ước tính _____
Tài sản khác _____	Giá trị ước tính _____

IV. Chi phí hàng tháng	Số lượng
Thuê hoặc tiền mượn mua nhà	_____
Tiền ích	_____
(Các) khoản thanh toán trả cho xe ô tô	_____
(Các) thẻ tín dụng	_____
Bảo hiểm ô tô	_____
Bảo hiểm y tế	_____
Các chi phí y tế khác	_____
Các chi phí khác	_____
Tổng cộng	_____

Bạn còn khoản nợ y tế nào khác chưa thanh toán không? Có Không
 Cho dịch vụ gì? _____

Nếu bạn đã thỏa thuận phương án thanh toán, thì số tiền thanh toán hàng tháng là bao nhiêu?

Nếu bạn yêu cầu bệnh viện hỗ trợ thêm tài chính, bệnh viện có thể yêu cầu thêm thông tin để đưa ra quyết định bổ sung. Bằng việc ký vào mẫu đơn này, bạn xác nhận rằng thông tin cung cấp là đúng sự thật và đồng ý thông báo cho bệnh viện về bất kỳ thay đổi nào đối với thông tin đã cung cấp trong vòng mười ngày kể từ ngày thay đổi.

 Chữ ký của người nộp đơn

 Ngày

 Mối quan hệ với bệnh nhân



CalvertHealthTM
Medical Center

**Trung tâm y tế CalvertHealth
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
TÀI LIỆU HỖ TRỢ
BẢNG KÊ CHI PHÍ PHÒNG Ở VÀ ĂN UỐNG**

Kính gửi:

Đây là để xác nhận rằng tôi, _____ đã được cung cấp
_____ chỗ ở và ăn uống từ
_____ và sẽ tiếp tục được cung cấp miễn phí
cho chúng tôi.

TÊN HỌ ĐẦY ĐỦ: _____

MỐI QUAN HỆ: _____

ĐỊA CHỈ: _____

NGÀY: _____

ĐIỆN THOẠI: _____

CHỮ KÝ: _____



CalvertHealthTM
Medical Center

Thư hỗ trợ Hỗ trợ tài chính thống nhất của Maryland

- Tên bệnh nhân:
- Số tài khoản:
- Bạn quen người này bao lâu rồi?

- Tôi đang giúp họ đáp ứng nhu cầu của họ bằng cách: (chọn tất cả các mục phù hợp)
- Đồ ăn
- Nơi trú ẩn
- Hỗ trợ thanh toán các khoản phí (điện, nước, tiền thuê nhà/trả góp nhà, viện phí, v.v.)
- Tiền bạc
- Vận chuyển
- Các nhu cầu khác (vui lòng nêu rõ)
- Ngày thất nghiệp
- Ngày vô gia cư

Tôi xác nhận rằng bệnh nhân này không nộp thuế năm ngoái.

Khác: _____

Ký tên: _____ Ngày: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Số điện thoại: _____



CalvertHealthTM
Medical Center

**Trung tâm y tế CalvertHealth
Hỗ trợ tài chính
Tài liệu thất nghiệp**

Bạn đã từng được đi làm chưa? _____

Hiện tại bạn có đang làm việc không? _____

Người chủ cũ? _____

Ngày làm việc cuối cùng? _____

Bạn có được hưởng trợ cấp thất nghiệp không? _____

Thu nhập hiện tại của bạn là bao nhiêu? _____

Ký tên: _____ Ngày: _____

Tôi đồng ý rằng các thông tin trên là đúng sự thật và sẽ được sử dụng để xác định khả năng được nhận hỗ trợ tài chính từ Trung tâm Y tế CalvertHealth.



CalvertHealthTM
Medical Center

**Trung tâm Y tế CalvertHealth
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
TÀI LIỆU HỖ TRỢ TÀI SẢN**

- VUI LÒNG KIỂM TRA NHỮNG MỤC SAU ĐÂY NẾU PHÙ HỢP.
- TÔI KHÔNG CÓ BẤT KỲ TÀI KHOẢN NGÂN HÀNG NÀO.
- TÔI KHÔNG ĐƯỢC CÓ BẤT KỲ CHỨNG CHỈ TIỀN GỬI, TÀI KHOẢN HỮU TRÍ, CỔ PHIẾU HOẶC TRÁI PHIẾU NÀO.
- TÔI CHƯA NỘP THUẾ CHO: _____

ĐỊA CHỈ: _____

NGÀY: _____

ĐIỆN THOẠI: _____

CHỮ KÝ: _____