



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

Ngày / Date: \_\_\_\_\_ Tên người bảo lãnh / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân / Patient Name: \_\_\_\_\_

Ngày sử dụng dịch vụ / Date of Service: \_\_\_\_\_

Số tài khoản bệnh viện / Hospital Account # \_\_\_\_\_

Mã số bệnh án / Medical Record # \_\_\_\_\_

	Texas Health Center for Diagnostics & Surgery Plano
	Texas Health Presbyterian Hospital Rockwall

	Texas Health Harris Methodist Hospital Southlake
	Texas Institute for Surgery at Presbyterian Hospital of Dallas

	Texas Health Presbyterian Hospital Flower Mound
--	---

Bệnh nhân thân mến / Dear Patient,

Đính kèm theo đây quý vị sẽ tìm thấy Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Texas Health Resources. Điền hoàn tất đơn này sẽ cho phép chúng tôi đệ trình tài khoản của quý vị để được xem xét hỗ trợ tài chính cho (các) hóa đơn bệnh viện. Đơn này chỉ áp dụng cho viện phí của quý vị. / *Attached you will find the Texas Health Resources Financial Assistance Application. Completion of this application will enable us to present your account for consideration of financial assistance for your hospital bill(s). This is for your hospital charges only.*

Chúng tôi hiểu được mong muốn của quý vị về việc bảo mật thông tin. Do đó, ngoại trừ các mục đích xác minh, thông tin nêu trong đơn xin của quý vị sẽ được xem là thông tin mật. Nó chỉ được chia sẻ trong nội bộ Texas Health Resources trên cơ sở cần biết. / *We understand your desire for privacy. Accordingly, except for verification purposes, the information included in your application will be treated as confidential information. It will only be shared within Texas Health Resources on a need to know basis.*

Vui lòng hoàn tất từng mục trong đơn này. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống cho bất kỳ nội dung giải thích nào, vui lòng sử dụng mặt sau đơn. / *Please complete each item on the application. If you need additional space for any explanations, please utilize the back of the application.*

Vui lòng cung cấp bản sao phiếu lương tháng này và hai tháng trước của quý vị và/hoặc bằng chứng về mọi hình thức thu nhập khác cho hộ gia đình. Nếu quý vị không nhận được phiếu lương, vui lòng cung cấp bản sao của bản sao kê ngân hàng cho biết số tiền gửi hàng tháng của quý vị. Nếu quý vị tự kinh doanh, vui lòng cung cấp bản sao tờ khai thuế thu nhập cá nhân vừa nộp gần nhất và báo cáo lãi-lỗ hiện hành. Nếu không cung cấp các tài liệu được yêu cầu, quý vị có thể bị từ chối xem xét hỗ trợ tài chính. / *Please provide copies of your current month and two prior months pay stubs and/or proof of any other form of income for the household. If you do not receive check stubs, please provide copies of your bank statements showing your monthly deposits. If self-employed, please provide a copy of your most recently filed personal income tax return and a current profit and loss statement. Failure to provide the requested documentation can result in a denial for financial assistance consideration.*



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

Điều vô cùng quan trọng là quý vị phải hoàn tất đơn này ngay khi nhận được và nộp lại càng sớm càng tốt. / *It is extremely important that you complete this application upon receipt and return it as soon as possible.*

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hoàn tất đơn này hoặc không rõ mục nào, vui lòng gọi điện cho chúng tôi. Chúng tôi đánh giá cao sự hợp tác của quý vị. / *If you have difficulty completing this application or there is an area that is unclear, please call. Your cooperation is appreciated.*



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 1**  
**APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1**

Tên bệnh nhân / Họ / Last \_\_\_\_\_ Tên / First \_\_\_\_\_ Chữ đầu tên đệm / MI \_\_\_\_\_  
Patient Name:

Số an sinh xã hội / \_\_\_\_\_ Ngày sinh / \_\_\_\_\_ Số tài khoản bệnh viện / \_\_\_\_\_  
Social Security # DOB: Hospital Account #:

Đã kết hôn / \_\_\_\_ Độc thân / \_\_\_\_ Đã ly hôn / \_\_\_\_ Góa chồng/Góa vợ / \_\_\_\_ Đã ly thân / \_\_\_\_  
Married Single Divorced Widowed Separated

Quý vị có con nhỏ (dưới 18 tuổi)? / Do you have minor children (under 18)?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Chúng có sống cùng quý vị? / Do they live with you?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Chúng có phải là con đẻ/con nuôi hợp pháp của quý vị? / Are they your birth/legally adopted children?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Bệnh nhân có việc làm không? / Patient Employed?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Vợ/chồng có việc làm không? / Spouse Employed?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Quý vị có bảo hiểm y tế? / Do you have medical insurance?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Quý vị đang bị khuyết tật? Bao lâu? / Are you on disability? How long?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Quý vị là cựu chiến binh? / Are you a veteran?	_____	Có / Yes	_____	Không / No

**THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH – (Sống trong nhà) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)**

Vợ/chồng / Spouse: \_\_\_\_\_

Con / Child: \_\_\_\_\_ Tuổi / Age: \_\_\_\_\_

Con / Child: \_\_\_\_\_ Tuổi / Age: \_\_\_\_\_

Con / Child: \_\_\_\_\_ Tuổi / Age: \_\_\_\_\_

Con / Child: \_\_\_\_\_ Tuổi / Age: \_\_\_\_\_

**THU NHẬP (Số tiền hàng tháng) / INCOME (Monthly Amount):**

	<u>Gộp / Gross</u>	<u>Ròng / Net</u>	<u>Chi tiêu / Expenses</u>	<u>Số tiền hàng tháng / Monthly Amount</u>
Bệnh nhân / Patient	\$ _____	\$ _____	Tiền thế chấp/Tiền thuê nhà / Mortgage/Rent	\$ _____
Vợ/chồng / Spouse	\$ _____	\$ _____	Dịch vụ công cộng / Utilities	\$ _____
Người phụ thuộc / Dependents	\$ _____	\$ _____	Thanh toán xe ô tô / Car Payments	\$ _____
Trợ cấp chính phủ / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Thực phẩm/Tạp phẩm / Food / Groceries	\$ _____
Phiếu thực phẩm / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Thẻ tín dụng / Credit Cards	\$ _____
An sinh xã hội / Social Security	\$ _____	\$ _____	Khoản khác (vui lòng nêu rõ) / Other (please specify)	\$ _____
Thất nghiệp / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Trợ cấp đình công / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Bồi thường tai nạn lao động / Worker's	\$ _____	\$ _____		\$ _____
			<b>TỔNG CỘNG / TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

<i>Compensation</i>	_____	_____	_____
Tiền cấp dưỡng / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____	_____
Cấp dưỡng nuôi con / <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____	
Lương quân đội / <i>Military</i> <i>Allotments</i>	\$ _____	\$ _____	
Lương hưu / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____	
Thu nhập từ / <i>Income</i> <i>from: Cho thuê / CD's</i> chứng chỉ tiền gửi (CD), Lãi / <i>Rent, Dividends</i> cổ tức / <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____	
<b>TỔNG CỘNG / TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____	

**TÀI SẢN / ASSETS**

Tài khoản séc / <i>Checking Account</i>	\$ _____
Tài khoản tiết kiệm / <i>Savings Account</i>	\$ _____
Chứng chỉ tiền gửi (CD), Tài khoản hưu trí cá nhân (IRA) / <i>CD's, IRA's</i>	\$ _____
Khoản đầu tư khác (cổ phiếu, trái phiếu, v.v...) / <i>Other Investments (Stocks, bonds, etc.)</i>	\$ _____
Bất động sản/Đất khác ngoài nơi cư trú chính / <i>Properties/Land other than primary residence</i>	\$ _____



500 E Border Street #122  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-1600 / 800-715-7210  
 customerservice@texashealthpartners.com

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH – Trang 2 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2**

Tên công ty tuyển dụng / Name of Employer	_____	Công ty tuyển dụng của vợ/chồng / Spouse's Employer.	_____
Điện thoại / Telephone #	_____	Điện thoại / Telephone #	_____
Địa chỉ công ty tuyển dụng / Employer Address	_____	Địa chỉ công ty tuyển dụng / Employer Address	_____
Nghề nghiệp / Occupation	_____	Nghề nghiệp / Occupation	_____

Quý vị có đang nộp đơn xin Trợ cấp Medicaid? / Are you currently applying for Medicaid Benefits?	_____	Có / Yes	_____	Không / No
Quý vị có nộp đơn xin trợ cấp thông qua bệnh viện quận/chương trình người nghèo? / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?	_____	Có / Yes	_____	Không/ No
Bác sĩ có đang cung cấp dịch vụ miễn phí cho quý vị không? / Is your physician donating his/her services?	_____	Có / Yes	_____	Không/ No
Có bất kỳ bên thứ ba nào có khả năng chịu trách nhiệm pháp lý về tai nạn/chấn thương/bệnh tật của quý vị? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?	_____	Có / Yes	_____	Không/ No
Có ai đang hỗ trợ quý vị thanh toán viện phí? / Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?	_____	Có / Yes	_____	Không/ No
Ai đang hỗ trợ quý vị? / Who is assisting you?	_____			
Khoản hỗ trợ mà quý vị đang nhận được là bao nhiêu? / How much assistance are you receiving?	_____			

Liệt kê bất cứ thông tin nào khác mà quý vị cảm thấy hữu ích cho chúng tôi trong việc xác định tình trạng hợp lệ để được hỗ trợ thanh toán viện phí. / List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thu nhập và/hoặc khoản quỹ dự kiến mà quý vị sẽ nhận được trong thời gian nghỉ việc do bệnh tật (nghỉ ốm, nghỉ hưởng lương, thu nhập khuyết tật ngắn hạn/dài hạn) / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income). \$\_\_\_\_\_

Khoảng thời gian dự kiến mà bạn sẽ không thể làm việc và/hoặc nhận lương / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng Texas Health Resources có thể xác minh các thông tin tài chính nêu trong đơn này liên quan đến việc đánh giá đơn này của bệnh viện, và theo đây cho phép bệnh viện liên hệ với công ty tuyển dụng của tôi để xác nhận các thông tin cung cấp cũng như cho phép yêu cầu báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định tình trạng hợp lệ của tôi để được hỗ trợ tài chính và rằng việc khai sai lệch thông tin trong đơn này có thể khiến tôi bị từ chối hưởng chính sách Hỗ Trợ Tài Chính. Tôi cũng hiểu rằng mọi sự chấp thuận Hỗ Trợ Tài Chính có thể bị hủy bỏ hoàn toàn hoặc một phần trong trường hợp có sự phục hồi từ bên thứ ba hay từ nguồn khác. / I understand that Texas Health Resources may verify the financial information contained in this application in connection with the hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and to request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information will be used to determine my eligibility for financial assistance and that the falsification of information in this application may result in denial of Financial Assistance care assistance. I also understand that any Financial Assistance approval may be completely or partially reversed in the event of a recovery from a third-party or other source.

Tôi cũng hiểu rằng mọi sự quan tâm Hỗ Trợ Tài Chính mà tôi nhận được sẽ không được xem là sự khước từ bởi bệnh viện về quyền lưu giữ của bệnh viện để được hoàn lại mọi khoản tiền mà tôi nợ và rằng mọi khoản bồi hoàn mà tôi nhận



500 E Border Street #122  
Arlington Texas 76010  
682-236-1600 / 800-715-7210  
customerservice@texashealthpartners.com

được liên quan đến thời gian nằm viện này phải được chuyển cho Texas Health Resources. / I further understand that any Financial Assistance care I receive shall not be construed as a waiver by hospital of its hospital lien for reimbursement of any amount I owe and that any reimbursement I receive relating to this hospitalization must be sent to Texas Health Resources.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký người gửi yêu cầu, nếu là bệnh nhân / Signature of Person Making Request, If Patient Ngày / Date

\_\_\_\_\_  
Chữ ký người gửi yêu cầu, nếu không phải là bệnh nhân / Signature of Person Making Request, If Not Patient

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ / Relationship

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ của bệnh nhân / Patient's Address Thành phố / City Tiểu bang / State Mã bưu điện / ZIP Quận / County

\_\_\_\_\_  
Số điện thoại nhà riêng / Home Telephone Number