

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính:

THÔNG TIN BỆNH NHÂN					
TÊN BỆNH NHÂN	SSN và/hoặc NGÀY SINH	SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN HỆ			
VỢ/CHỒNG BỆNH NHÂN	SSN và/hoặc NGÀY SINH	BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM KHÁC và SỐ AN SINH XÃ HỘI			
ĐỊA CHỈ NHÀ ___ NHÀ RIÊNG ___ NHÀ THUÊ	ĐƯỜNG PHỐ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	
LIỆT KÊ TẤT CẢ CÁC ĐỐI TƯỢNG PHỤ THUỘC					
TÊN	TUỔI	MỐI QUAN HỆ	TÊN	TUỔI	MỐI QUAN HỆ
1.			3.		
2.			4.		
THÔNG TIN TÀI CHÍNH VÀ VIỆC LÀM:					
Liệt kê mọi nguồn thu nhập hộ gia đình (Việc Làm, Khuyết Tật, An Sinh Xã Hội, Thất Nghiệp, v.v.)					
Tên người nhận thu nhập	Nguồn thu nhập (chủ lao động/vị trí)	Số tiền thu nhập hàng năm			
Tổng thu nhập hộ gia đình hàng năm				\$	
Tài sản trên \$3,000 <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (liệt kê bên dưới)				Số tiền	
Tổng tài sản				\$	
	BÊN NỢ	SỐ TIỀN CÒN NỢ	THANH TOÁN HÀNG THÁNG		
THỰC PHẨM \$	1.	\$	\$		
TIỆN ÍCH \$	2.	\$	\$		
TIỀN THUÊ/THỂ CHẤP \$	3.	\$	\$		
THANH TOÁN TIỀN XE \$	4.	\$	\$		

THÔNG TIN VỀ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH KHÁC CỦA ĐỊA PHƯƠNG, TIỂU BANG, LIÊN BANG

Quý vị đã nộp đơn đăng ký dịch vụ của QUEST hoặc Medicaid chưa? Chưa Nộp _____ Đã Nộp _____ Ngày Nộp _____

Đơn quả đơn đăng ký và lý do bị từ chối nếu có: _____

Các Tài Liệu Cần Thiết Để Xử Lý Đơn Xin của Quý Vị

Đính kèm tài liệu (nếu chưa nộp trước đây) về danh tính, thu nhập và tài sản của quý vị:

- ___ Bảng lái xe, giấy khai sinh và/hoặc giấy tờ tùy thân có dán ảnh hoặc thẻ lưu trú
- ___ Hai phiếu lương gần đây nhất
- ___ Bảng sao kê Ngân Hàng/Hội Tín Dụng của tháng hiện tại
- ___ Bảng sao kê Ngân Hàng/Hội Tín Dụng của hai tháng trước
- ___ Tài liệu thẩm định hoặc tài liệu thể hiện quyền sở hữu đối với tài sản, phương tiện cơ giới, cổ phiếu và trái phiếu, trang sức, bảo hiểm nhân thọ và các vật dụng có giá trị; và cung cấp xác minh bất kỳ số dư nợ nào
- ___ Biên lai tiền thuê và bất kỳ khoản chi tiêu nào khác

LƯU Ý:

- **Nếu đã kết hôn, bệnh nhân và chồng/vợ được yêu cầu ký vào Đơn Xin theo Chính Sách Chăm Sóc Được Chiết Khấu và các bản xác minh được yêu cầu cho cả vợ và chồng.**
- **Chấp nhận đơn xin ở từng địa điểm bệnh viện.**
- **Gửi đơn xin và các tài liệu xác minh hoàn chỉnh đến:**

**Trung Tâm Y Tế The Queen, Người nhận: Dịch Vụ Kinh Doanh
P.O. Box 861, Honolulu HI 96808-0861**

**Trung Tâm Y Tế The Queen Tây Oahu
91-2141 Fort Weaver Road, Ewa Beach, HI 96706**

**Bệnh Viện Đa Khoa Molokai
280 Home Olu Place, Kaunakakai, HI 96748**

**Bệnh Viện Cộng Đồng Bắc Hawaii
67-1125 Mamalahoa Highway, Waimea, HI 96743**

Tôi chứng nhận rằng nội dung ở trên là chính xác và đúng sự thật, đồng thời là danh sách đầy đủ tất cả các thu nhập/tài sản và các khoản chi tiêu/nợ phải trả. Quý vị được phép lấy thông tin này vì quý vị có thể yêu cầu xác minh tính chính xác của các thông tin khai báo và trình bày ở trên. Tôi hiểu rằng nếu có bất kỳ thiếu sót thông tin cố ý nào, tôi sẽ bị loại khỏi bất kỳ Chương Trình Dịch Vụ Chăm Sóc Được Chiết Khấu nào do Trung Tâm Y Tế The Queen cung cấp hoặc tôi sẽ phải chịu biện pháp pháp lý để đòi lại dịch vụ chăm sóc được chiết khấu đã được phê duyệt.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

NGÀY

CHỮ KÝ CHỒNG/VỢ BỆNH NHÂN/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM KHÁC

NGÀY