

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tôi hiểu rằng thông tin được gửi liên quan đến thu nhập hàng năm, quy mô gia đình và tài sản của tôi, phải được xác minh bởi Cơ quan Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Nhà thờ Pine Rest. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin được gửi được xác định là sai, điều này sẽ dẫn đến việc tôi bị từ chối đơn xin hỗ trợ này và số dư nợ trên tài khoản sẽ vẫn thuộc trách nhiệm của tôi.

PHẦN MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN (Vui lòng viết in hoa)							
Số Tài khoản		(Các) Ngày Nhận Dịch vụ			Số An sinh Xã hội		
Tên Bệnh nhân (Họ, Tên, Tên Đệm)				Ngày sinh			
Địa chỉ		Thành phố		Tiểu bang		Số Zip	
Điện thoại Nhà riêng ()		Điện thoại Di động ()		Điện thoại Khác ()		Quốc gia	
Tình trạng Hôn nhân Độc thân Đã Kết hôn Ly hôn Khác _____		Quý vị có phải là cư dân hợp pháp tại Hoa Kỳ không? Có Không			Quý vị có bảo hiểm y tế hoặc bất kỳ bảo hiểm nào khác tại thời điểm nhận dịch vụ không? Có Không		
Quý vị có nộp Tờ khai Thuế Liên bang không? Có Không Nếu Không, tại sao? _____		Ai là người kê khai thuế chính? Bản thân Vợ (chồng) Khác: _____			Có ai trong nhà quý vị nhận được hỗ trợ công không? Tiền mặt Thực phẩm Khác: _____		
PHẦN HAI: THÔNG TIN NGƯỜI BẢO LÃNH/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM							
Người Bảo lãnh/Bên Chịu trách nhiệm: Tên (Họ, Tên, Tên Đệm)				Ngày sinh		Số An sinh Xã hội	
Địa chỉ		Thành phố		Tiểu bang		Số Zip	
Điện thoại Di động ()		Điện thoại Khác ()		Quốc gia		Mối quan hệ với Bệnh nhân	
PHẦN BA: THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH (Liệt kê tất cả mọi người sống trong hộ gia đình của quý vị)							
Tên Thành viên Hộ gia đình	Ngày Sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Người này có được liệt kê trong Tờ Khai Thuế Liên bang của quý vị không?	Tên Thành viên Hộ gia đình	Ngày Sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Người này có được liệt kê trong Tờ Khai Thuế Liên bang của quý vị không?
1.			Có Không	4.			Có Không
2.			Có Không	5.			Có Không
3.			Có Không	6.			Có Không
Có thể kê khai thêm thành viên gia đình trên trang bổ sung.							

PHẦN BỐN: CHI PHÍ (Liệt kê chi phí hàng tháng của tất cả thành viên gia đình)			
Thanh toán Tiền Nhà	Thanh toán Tiền Xe	Sưởi ấm	Điện thoại Di động
Thuế Bất động sản (Năm)	Bảo hiểm Xe	Điện	Đi chợ
Thuê nhà/Thuê lô	Nhiên liệu (xe cộ)	Điện thoại	Học phí
Bảo hiểm Nhà ở/Nhà thuê	Chăm sóc Trẻ em/Hỗ trợ Trẻ em	Nước/Thoát nước/Loại bỏ Rác thải	Khác: _
Bảo hiểm/Chi phí Y tế	Bảo hiểm Nhân thọ	Cáp/Truyền hình/Internet	Khác: _

PHẦN NĂM: THU NHẬP (Liệt kê thu nhập của tất cả thành viên hộ gia đình)					
Nguồn Thu nhập Hàng tháng	Thành viên hộ gia đình nào nhận được thu nhập này?	Tổng Thu nhập Hàng tháng Hiện tại	Nguồn Thu nhập Hàng tháng	Thành viên hộ gia đình nào nhận được thu nhập này?	Tổng Thu nhập Hàng tháng Hiện tại
Tiền lương			Tiền lương		
Tự doanh			Tự doanh		
Hỗ trợ Trẻ em/Tiền cấp dưỡng			Hỗ trợ Trẻ em/Tiền cấp dưỡng		
An sinh Xã hội			An sinh Xã hội		
Đầu tư			Đầu tư		
Lương hưu/Cổ tức			Lương hưu/Cổ tức		
Tiền boa/Hoa hồng			Tiền boa/Hoa hồng		
Lãi suất			Lãi suất		
Thu nhập Cho thuê nhà			Thu nhập Cho thuê nhà		
Thu nhập của Người thuộc Bộ lạc/Bộ tộc			Thu nhập của Người thuộc Bộ lạc/Bộ tộc		
Trợ cấp Thất nghiệp			Trợ cấp Thất nghiệp		
Bồi thường Cho Người lao động			Bồi thường Cho Người lao động		
Khác: _____			Khác: _____		

PHẦN SÁU: TÀI SẢN HỘ GIA ĐÌNH (Liệt kê những tài sản của tất cả thành viên hộ gia đình)					
Nguồn Tài sản	Thành viên nào trong hộ gia đình sở hữu tài sản này?	Giá trị Tài sản Hiện tại	Nguồn Tài sản	Thành viên nào trong hộ gia đình sở hữu tài sản này?	Giá trị Tài sản Hiện tại
Tài khoản Thanh toán			Giá trị Bất động sản (Nhà)		
Tài khoản Thanh toán #2			Giá trị Bất động sản #2		

Tài khoản Tiết kiệm			Giá trị Xe (Phương tiện chính)		
Tài khoản Tiết kiệm #2			Giá trị Xe #2		
Chứng chỉ Tiền gửi/ Thị trường Tiền tệ			Xe máy/ATV/Thuyền/Xe Moóc		
401K/403B/IRA/Hưu trí			Bảo hiểm Nhân thọ (giá trị được trả lại)		
Cổ phiếu/Trái phiếu/Niên kim			Khác: _____		
HSA/FSA			Khác: _____		

PHẦN BẢY: BAO TRẢ BẢO HIỂM

Khoản bao trả Chính	Số ID Hội viên	Mã số Nhóm	Tên Người đăng ký	Mối quan hệ với Bệnh nhân
Quyền lợi (Do Nhân viên Pine Rest Điền)				
Khoản bao trả Thứ hai	Số ID Hội viên	Mã số Nhóm	Tên Người đăng ký	Mối quan hệ với Bệnh nhân
Quyền lợi (Do Nhân viên Pine Rest Điền)				

PHẦN TÁM: LÝ DO YÊU CẦU HỖ TRỢ (Vui lòng viết in hoa)

Lý do Yêu cầu Hỗ trợ của Bệnh nhân (Nếu cần thêm khoảng trống, quý vị có thể điền vào trang bổ sung)

Với việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả những gì tôi kê khai trên mẫu đơn này và trên bất kỳ tệp đính kèm nào là đúng.

Chữ ký của Bên chịu trách nhiệm: _____ Ngày: _____
 Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị hãy gọi điện tới: _____ theo số () _____

Phần này được điền bởi nhân viên của Pine Rest cho yêu cầu Hỗ trợ Tài chính (Financial Assistance, FAP) 501R

Chữ ký của Nhân viên Xét duyệt: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Giám đốc Sở: _____ Ngày: _____

Trạng thái phê duyệt: Đã phê duyệt Đã từ chối	Nếu được phê duyệt, số tiền/tỉ lệ phần trăm được cấp:	Nếu từ chối, lý do từ chối:
Ngày có Hiệu lực:	Ngày hết hạn/gia hạn bắt buộc:	

Phần này được điền bởi nhân viên của Pine Rest cho yêu cầu với Quỹ Hỗ trợ Cho Bệnh nhân (Patient Assistance Fund, PAF)

Chữ ký của Nhân viên Xét duyệt: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Giám đốc Sở: _____ Ngày: _____

Trạng thái phê duyệt: Đã phê duyệt Đã từ chối	Nếu được phê duyệt, xem bên dưới để biết chi tiết số tiền được cấp. Lưu ý về số tiền được cấp:	Nếu từ chối, lý do từ chối:
Năm viện Nội trú		
Các lần Năm viện Tiếp theo:		
Hẹn khám PPG:		
Điều trị ECT/TMS:		
Hẹn khám PCC:		
Năm viện Thái độ:		
Địa điểm:		
Ngày có Hiệu lực:	Ngày hết hạn/gia hạn bắt buộc:	