

Vui lòng điền đầy đủ thông tin. Nếu điều nào không áp dụng, vui lòng viết "Không áp dụng". Kèm thêm trang giấy nếu cần.\*

### THÔNG TIN SƠ KHẢO

Quý vị có cần thông dịch viên không?  **Có**  **Không** *Nếu có, vui lòng cho biết ngôn ngữ:*

Bệnh nhân có từng nộp đơn xin Medicaid không?  **Có**  **Không**

Bệnh nhân có được hưởng các chương trình trợ cấp công của tiểu bang như TANF, Chương trình Basic Food, hoặc WIC không?  **Có**  **Không**

Bệnh nhân hiện có bị vô gia cư không?  **Có**  **Không**

Nhu cầu của bệnh nhân cần được chăm sóc y tế có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc thương tích do việc làm hay không?  **Có**  **Không**

### VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể bảo đảm rằng quý vị sẽ đủ điều kiện được trợ giúp tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Sau khi quý vị gửi đơn cho chúng tôi, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu quý vị nộp thêm thông tin hoặc bằng chứng về lợi tức.
- Trong vòng 14 ngày tính theo lịch kể từ khi chúng tôi nhận được đầy đủ đơn xin và giấy tờ tài liệu của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện được trợ giúp.

### THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên của bệnh nhân		Tên lót của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ _____)		Ngày sinh		Số tài khoản	
Người có trách nhiệm thanh toán hóa đơn		Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	Số An sinh xã hội ( <i>không bắt buộc</i> )	
Địa chỉ gửi thư				Số điện thoại của những người liên lạc chính ( ) _____ ( ) _____ Địa chỉ email: _____	
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện			
Tình trạng việc làm của người có trách nhiệm thanh toán hóa đơn					
<input type="checkbox"/> <b>Có việc làm</b> (ngày được tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> <b>Không có việc làm</b> (đã không có việc làm trong bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> <b>Hành nghề tự do</b> <input type="checkbox"/> <b>Học sinh/Sinh viên</b> <input type="checkbox"/> <b>Người khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Hưu trí</b> <input type="checkbox"/> <b>Tình trạng khác</b> (_____)					

### THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Ghi tất cả những người trong gia đình sống trong nhà của quý vị, kể cả quý vị. "Gia đình" là gồm các con ruột, con nuôi, những người quan hệ với nhau qua hôn nhân cùng chung sống với nhau.  
**SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_ *Kèm thêm giấy nếu cần*

Tên	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên hãng sở hoặc nguồn lợi tức	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng số lợi tức hàng tháng (trước khi trừ thuế):	Cũng có xin trợ giúp tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Vui lòng đánh dấu vào địa điểm y tế nơi quý vị được chăm sóc:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Hospitals | <input type="checkbox"/> MultiCare Inland Northwest Hospitals | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics     |
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Clinics   | <input type="checkbox"/> MultiCare Rockwood Clinics           | <input type="checkbox"/> ABC Clinics              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

\* Hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 3, 2018, khám bệnh tại các cơ sở y tế MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care và MultiCare Urgent Care Clinic không còn được đài thọ qua chương trình trợ giúp tài chính của MultiCare nữa.

# MẪU ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH – THÔNG TIN CẦN GIỮ KÍN (tiếp theo)

## THÔNG TIN VỀ LỢI TỨC

**XIN NHỚ:** Quý vị phải gửi kèm theo đơn bằng chứng lợi tức của quý vị.

**Quý vị phải cung cấp thông tin về lợi tức của gia đình quý vị. Thí dụ về các nguồn lợi tức:**

- Tiền lương - Bảo hiểm thất nghiệp - Hành nghề tự do - Bồi thường lao động - Khuyết tật - SSI - Chu cấp con cái / vợ chồng  
- Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Hưu bổng - Tiền lãnh từ tài khoản hưu trí - Nguồn khác (xin giải thích  
\_\_\_\_\_)

**Phải xác nhận lợi tức để xác định sự trợ giúp tài chánh.**

**Tất cả những người trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải cho biết lợi tức của họ. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ, tài liệu chứng minh, quý vị có thể gửi thư có ký tên, trình bày lợi tức của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho tất cả các nguồn lợi tức được xác định.**

**Thí dụ về bằng chứng lợi tức gồm có:**

- Giấy "W-2" xác nhận mức lương và các khoản khấu trừ; hoặc
- Cuống phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc là
- Tờ khai thuế lợi tức của năm vừa qua, gồm tất cả các mẫu khai đính kèm, nếu có; hoặc
- Giấy chứng nhận, có chữ ký, của hãng sở hoặc người khác; hoặc
- Giấy Chấp thuận/từ chối trường hợp hội đủ điều kiện hưởng bồi thường thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về lợi tức hoặc không có lợi tức, vui lòng gửi kèm theo đơn thư giải thích tình trạng của quý vị.

## THÔNG TIN BỔ TỨC

Vui lòng gửi kèm theo đơn thư giải thích nếu quý vị có điều gì khác về tình trạng tài chánh hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, như khó khăn tài chánh, lợi tức theo mùa hoặc tạm thời, hoặc quý vị đang bị mất mát cá nhân.

## THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi biết là MultiCare Health System có thể xác nhận thông tin của tôi bằng cách xem xét thông tin tín dụng và thu thập thông tin từ những nguồn khác để cứu xét và xác định tình trạng hội đủ điều kiện hưởng trợ giúp tài chánh hoặc các chương trình trợ giúp thanh toán khác.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết rõ ràng nhất của tôi. Tôi biết là nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là sai, tôi sẽ bị từ chối trợ giúp tài chánh, và tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chánh cho tôi và biết là tôi sẽ phải thanh toán cho các dịch vụ tôi được cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Người nộp đơn ký tên

\_\_\_\_\_  
Ngày