



Johns Hopkins Medicine
Đơn Yêu cầu Hỗ trợ Tài chính

Các mẫu đơn cần đính kèm:

Đơn Yêu cầu Hỗ trợ Tài chính (đính kèm)

Các chứng từ cần đính kèm:

1. Bản sao hoàn thuế năm trước. (Nếu đã kết hôn và làm hồ sơ riêng, vui lòng cung cấp bản sao hoàn thuế của cả hai.)
2. Bản sao kê ba (3) kỳ chi trả lương, thư của chủ lao động hoặc giấy xác nhận tình trạng việc làm.
3. Bản sao thư cấp An sinh Xã hội của năm hiện tại (nếu có).
4. Bản sao thư quyết định của Cơ quan Hỗ trợ Y tế hoặc An sinh Xã hội.
5. Giấy tờ xác minh chi phí sinh hoạt hằng tháng ghi nhận theo đơn của bạn chẳng hạn như bản sao hóa đơn điện thoại, hóa đơn dịch vụ tiện ích, hoặc thanh toán thuê nhà/khoản vay thế chấp.
6. Bản sao các chi phí y tế chưa thanh toán.
7. Bản sao tất cả thẻ bảo hiểm y tế.
8. Giấy tờ xác minh cư trú chẳng hạn như thẻ căn cước, bằng lái xe, giấy khai sinh hoặc tình trạng thường trú hợp pháp (thẻ xanh).
9. Nếu có, bệnh nhân tự kinh doanh đã hoàn thành tờ khai thuế (bao gồm cả lãi hoặc lỗ).
10. Nếu có, thư hỗ trợ có công chứng về tình trạng thu nhập bằng 0 được viết bởi người cung cấp hỗ trợ tài chính.

ĐỊA CHỈ HỘP THƯ:

Johns Hopkins Hospital
3910 Keswick Road, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

EMAIL: FinancialAssistance@jhmi.edu

ĐIỆN THOẠI: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250

TÀI CHÍNH



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Đơn Yêu cầu Hỗ trợ Tài
chính**

Thông tin Cá nhân

Họ tên:

Tên

Tên đệm

Họ

Số An sinh Xã hội - - Tình trạng hôn nhân: Độc thân Đã

kết hôn Ly dị Công dân Mỹ CÓ KHÔNG Thường trú nhân: CÓ KHÔNG

Địa chỉ nhà:

Điện thoại

Thành phố

Tiểu bang

Mã bưu chính

Quốc gia

Tên chủ lao động:
việc:

Điện thoại

Địa chỉ Làm

Thàn

Tiểu bang

Mã bưu chính

h phố Hộ gia đình Thành

viên: Tên

Tên

Tên

Tên

Tên

Tên

Tên

Tên

BẢN THÂN

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Tuổi

Quan hệ

Bạn đã nộp đơn yêu cầu Hỗ trợ Y tế
Nếu có, bạn đã nộp đơn khi nào?
Nếu có, quyết định bạn nhận được là gì?

CÓ KHÔNG

Bạn có nhận được bất kỳ hỗ trợ nào của tiểu bang hoặc quận không? CÓ

KHÔNG

I. Thu nhập gia đình

Liệt kê số tiền từ tất cả nguồn thu nhập hằng tháng của bạn. Bạn có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng thu nhập, tài sản, và chi tiêu. Nếu bạn không có thu nhập, vui lòng cung cấp thư xác nhận từ người cung cấp chỗ ở và thức ăn cho bạn.

	Khoản hằng tháng
Việc làm	_____
Trợ cấp Nghỉ hưu/Lương hưu	_____
Trợ cấp An sinh Xã hội	_____
Trợ cấp Hỗ trợ Công	_____
Trợ cấp Tàn tật Trợ cấp	_____
Thất nghiệp	_____
Trợ cấp Cựu chiến binh	_____
Cấp dưỡng	_____
Trợ cấp Chi phí Thuê nhà	_____
Trợ cấp quân đội	_____
Thu nhập từ Trang trại hoặc Tự	_____
Kinh doanh	_____
Nguồn Thu nhập khác	_____
Tổng cộng	_____

II Tài sản Lưu động

	Số dư hiện tại
Tài khoản séc	_____
Tài khoản tiết kiệm	_____
Cổ phiếu, Trái phiếu, Chứng chỉ Tiền gửi, hoặc Tiền tệ	_____
Các tài khoản khác	_____
Tổng cộng	_____

III Các tài sản khác

Nếu bạn sở hữu bất kỳ mục nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị xấp xỉ.

Nhà	Khoản cho vay		Giá trị xấp xỉ
Xe hơi	Nhãn hiệu	Năm_	Giá trị xấp xỉ
Phương tiện phụ trợ	Nhãn hiệu	Năm_	Giá trị xấp xỉ
Phương tiện phụ trợ	Nhãn hiệu	Năm	Giá trị xấp xỉ
Tài sản khác			Giá trị xấp xỉ
			Tổng số tiền _____
Thuê nhà hoặc Vay mua nhà			_____
Tiện ích			_____
(Các) khoản thanh toán xe hơi			_____
Thẻ tín dụng			_____
Bảo hiểm xe			_____
Bảo hiểm Sức khỏe			_____
Các chi phí y tế khác			_____
Các chi phí khác			_____
Bạn có các hóa đơn y tế chưa thanh toán khác không?	CÓ	KHÔNG	
Cho dịch vụ nào?			

Bạn có kế hoạch thanh toán không? Khoản thanh toán hằng tháng là bao nhiêu?

Dành cho tình trạng khó khăn phù hợp hỗ trợ tài chính y tế:

Thu nhập gia đình trong mười hai (12) tháng dương lịch trước thời điểm nộp đơn này:

Nợ chi phí y tế phát sinh tại Johns Hopkins (không bao gồm khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khoản khấu trừ) trong mười hai (12) tháng dương lịch trước thời điểm nộp đơn này:

Ngày cung cấp dịch vụ	Khoản nợ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Dành cho tình trạng phù hợp hỗ trợ tài chính

1. Tuổi của bệnh nhân? _____
2. Bệnh nhân có đang mang thai không? Có hay Không
3. Bệnh nhân có con dưới 21 tuổi sống tại nhà? Có hay Không
4. Bệnh nhân bị mù hoặc có khả năng bị khuyết tật trong 12 tháng hoặc hơn do làm việc kiếm thu nhập? Có hay Không
5. Bệnh nhân hiện có đang nhận Trợ cấp An sinh hoặc Trợ cấp Khuyết tật? Có hay Không
6. Bệnh nhân (nếu đã kết hôn, cùng vợ/chồng) có tổng tài khoản ngân hàng hoặc tài sản có thể quy đổi thành tiền vượt quá các khoản sau đây không? Có hay Không
- Quy mô gia đình:**
Cá nhân: \$2,500.00
Hai người: \$3,000.00
Với mỗi thành viên gia đình khác, thêm \$100.00
(Ví dụ: với gia đình bốn người, nếu bạn có tổng tài sản lưu động dưới \$3,200.00, bạn cần trả lời CÓ.) Có hay Không
7. Bệnh nhân là cư dân Tiểu bang Maryland?
Nếu không phải là cư dân Maryland, bệnh nhân đang cư trú tại tiểu bang nào? Có hay Không
8. Bệnh nhân là người vô gia cư? Có hay Không
9. Bệnh nhân có tham gia Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em? Có hay Không
10. Hộ gia đình có trẻ em thuộc diện hỗ trợ bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá? Có hay Không
11. Hộ gia đình có tham gia chương trình hỗ trợ năng lượng cho người thu nhập thấp? Có hay Không
12. Bệnh nhân có nhận tem phiếu hỗ trợ bữa ăn? Có hay Không
13. Bệnh nhân có thuộc chương trình Healthy Howard, Chase Brexton? Có hay Không
14. Bệnh nhân có được giới thiệu từ Hội từ thiện Công giáo, Tổ chức Y tế Lưu động, Chương trình Chữa trị Ung thư, Tổ chức Chăm sóc Y tế Cơ bản, Chương trình Chăm sóc Y tế Montgomery, Project Access, hoặc Proyecto Salud? Có hay Không
15. Bệnh nhân hiện có:
Chương trình Hỗ trợ Y tế Thuốc men QMB/SMLB Có hay Không
16. Bệnh nhân có việc làm không?
Nếu không, ghi rõ ngày thất nghiệp.
Thuộc diện chi trả bảo hiểm sức khỏe COBRA? Có hay Không

Tất cả hồ sơ được nộp sẽ thuộc đơn yêu cầu hỗ trợ này.

Nếu bạn yêu cầu được hỗ trợ tài chính mở rộng thêm, JHM có thể yêu cầu thêm thông tin để có thể ra quyết định kèm theo. Ký đơn này nghĩa là bạn xác nhận các thông tin đã cung cấp là có thực và đồng ý thông báo cho JHM về bất kỳ thay đổi thông tin nào trong vòng mười ngày kể từ ngày phát sinh thay đổi. Tất cả thông tin cung cấp trong đơn yêu cầu hỗ trợ là có thực và chính xác hết mức có thể theo hiểu biết và thông tin hiện có của tôi.

Chữ ký người nộp đơn

Ngày

Quan hệ với Bệnh nhân

