

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Johns Hopkins Medicine Đơn
Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính**

Vui lòng hoàn thành các biểu mẫu đính kèm và gửi lại chúng với các tài liệu được nêu bên dưới.

Các biểu mẫu bao gồm:

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính Thống Nhất của Tiểu Bang Maryland (đính kèm)

Các tài liệu bao gồm:

1. Bản sao tờ khai thuế năm trước. (Nếu đã kết hôn và nộp tờ khai thuế riêng, vui lòng cung cấp bản sao tờ khai thuế của cả hai người).
2. Bản sao ba (3) phiếu lương gần đây nhất, thư từ chủ lao động hoặc bằng chứng về tình trạng việc làm.
1. Bản sao thư cấp an sinh xã hội (nếu áp dụng)
2. Bản sao thư quyết định từ Hỗ Trợ Y Tế hay An Sinh Xã Hội.
3. Bằng chứng về chi phí sinh hoạt hàng tháng như ghi trong đơn đăng ký, ví dụ: bản sao hóa đơn điện thoại, hóa đơn BG&E hoặc thanh toán tiền thuê nhà/tiền vay có thể chấp.
4. Bản sao các chi phí y tế chưa thanh toán.
5. Bản sao tất cả các thẻ bảo hiểm y tế.
6. Bằng chứng về nơi cư trú như thẻ căn cước, bằng lái xe, giấy khai sinh hay tình trạng thường trú nhân hợp pháp (thẻ xanh).

**VUI LÒNG GỬI CÁC THÔNG TIN QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN TỚI:
JOHNS HOPKINS RCM
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211**

	Số Tiền Hàng Tháng
Phúc Lợi Hưu Trí Từ Việc Làm/Lương Hưu	_____
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	_____
Phúc Lợi Trợ Cấp Công Cộng	_____
Phúc Lợi Dành Cho Người Khuyết Tật	_____
Trợ Cấp Thất Nghiệp	_____
Phúc Lợi Dành Cho Cựu Chiến Binh	_____
Tiền Cấp Dưỡng	_____
Thu Nhập Từ Nhà Cho Thuê	_____
Trợ Cấp Đình Công	_____
Phúc Lợi Dành Cho Quân Nhân	_____
Nông Trại hay Tự Kinh Doanh	_____
Nguồn Thu Nhập Khác	_____
Tổng	_____

II. Tài Sản Có Tính Thanh Khoản	Số Dư Hiện Tại
Tài Khoản Thanh Toán	_____
Tài Khoản Tiết Kiệm	_____
Cổ Phiếu, Trái Phiếu, Chứng Nhận Tiền Gửi hay Thị Trường Tiền Tệ	_____
Các Tài Khoản Khác	_____
Tổng	_____

III. Các Tài Sản Khác			
Nếu quý vị sở hữu bất kỳ mục nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị ước tính.			
Nhà	Số Dư Tiền Vay _____	Giá Trị Ước Tính _____	
Xe Cộ	Hãng Xe _____ Đồi Xe _____	Giá Trị Ước Tính _____	
Phương Tiện Khác	Hãng Xe _____ Đồi Xe _____	Giá Trị Ước Tính _____	
Phương Tiện Khác	Hãng Xe _____ Đồi Xe _____	Giá Trị Ước Tính _____	
Tài Sản Khác		Giá Trị Ước Tính _____	
		Tổng _____	

IV. Chi Phí Hàng Tháng	Số Tiền
Tiền Thuê Nhà hoặc Tiền Vay Có Thế Chấp	_____
Dịch Vụ Tiện Ích	_____
Thanh Toán Tiền Xe Cộ	_____
Thẻ Tín Dụng	_____
Bảo Hiểm Xe Hơi	_____
Bảo Hiểm Y Tế	_____
Chi Phí Y Tế Khác	_____
Chi Phí Khác	_____
Quý vị có hóa đơn y tế chưa thanh toán nào khác không? CÓ KHÔNG	
Cho dịch vụ nào? _____	
Quý vị đã sắp xếp kế hoạch thanh toán không? Số tiền thanh toán hàng tháng là bao nhiêu? _____	

Dành Cho Điều Kiện Hội Đủ Nhân Hỗ Trợ Tài Chính Do Khó Khăn Tài Chính Y Tế:
 Thu Nhập Của Gia Đình trong mười hai (12) tháng theo lịch trước ngày nộp đơn đăng ký này: _____

Nợ Y Tế tại Johns Hopkins (không bao gồm khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc khoản khấu trừ) trong mười hai (12) tháng theo lịch trước ngày nộp đơn đăng ký này:

Ngày Nhận Dịch Vụ	Số Tiền Còn Nợ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Dành Cho Điều Kiện Hội Đủ Nhân Hỗ Trợ Tài Chính Gia Đình:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1. Bệnh nhân bao nhiêu tuổi? | _____ |
| 2. Bệnh nhân có mang thai không? | Có hoặc Không |
| 3. Bệnh nhân có con dưới 21 tuổi đang sống tại nhà không? | Có hoặc Không |
| 4. Bệnh nhân có bị khiếm thị hoặc có khả năng bị khuyết tật từ 12 tháng trở lên khiến không thể làm việc ổn định không? | Có hoặc Không |
| 5. Bệnh nhân hiện có nhận các phúc lợi SSI hoặc SSDI không? | Có hoặc Không |
| 6. Bệnh nhân (và nếu đã kết hôn, vợ/chồng của bệnh nhân) có tổng các tài khoản ngân hàng hay tài sản có thể chuyển thành tiền mặt vượt quá số tiền sau không? | Có hoặc Không |

Số Người Trong Gia Đình:

Cá nhân: \$2,500

Hai người: \$3,000

Nếu thêm một thành viên trong gia đình, cộng thêm \$100 mỗi người

(Ví dụ: Với gia đình có bốn người, nếu tổng tài sản có tính thanh khoản của quý vị dưới \$3,200, quý vị cần trả lời CÓ.)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 7. Bệnh nhân có phải là cư dân của Tiểu Bang Maryland không?
Nếu không phải là cư dân của Maryland, bệnh nhân cư trú tại tiểu bang nào? | _____ |
| 8. Bệnh nhân có phải người vô gia cư không? | Có hoặc Không |
| 9. Bệnh nhân có tham gia vào WIC không? | Có hoặc Không |
| 10. Hộ gia đình có trẻ tham gia chương trình bữa trưa miễn phí hoặc giảm giá không? | Có hoặc Không |
| 11. Hộ gia đình có tham gia vào chương trình hỗ trợ năng lượng cho hộ gia đình có thu nhập thấp không? | Có hoặc Không |
| 12. Bệnh nhân có nhận SNAP/Tem Phiếu Thực Phẩm không? | Có hoặc Không |
| 13. Bệnh nhân có ghi danh vào Healthy Howard, Chase Brexton không? | Có hoặc Không |
| 14. Bệnh nhân đã được Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access hay Proyecto Salud giới thiệu đến SH? | Có hoặc Không |
| 15. Bệnh nhân hiện có:
Chi Dược Phẩm Hỗ Trợ Y Tế
QMB/SMLB | Có hoặc Không
Có hoặc Không |
| 16. Bệnh nhân có việc làm không?
Nếu không, ngày bắt đầu thất nghiệp.
Hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm sức khỏe COBRA? | Có hoặc Không
_____ |
| | Có hoặc Không |

Tất cả các tài liệu được nộp là một phần trong đơn đăng ký này.

Nếu quý vị yêu cầu mở rộng hỗ trợ tài chính bổ sung cho quý vị thì JHM có thể yêu cầu thêm thông tin để đưa ra quyết định bổ sung. Bằng cách ký tên vào biểu mẫu này, quý vị xác nhận rằng các thông tin được cung cấp là đúng và đồng ý thông báo cho JHM bất kỳ thay đổi nào liên quan đến những thông tin này trong vòng mười ngày kể từ khi có thay đổi. Tất cả các thông tin được nộp trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác theo hiểu biết, thông tin và niềm tin cao nhất của tôi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân