

Phụ Lục A

Hướng Dẫn Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính

Chương trình hỗ trợ tài chính của Torrance Memorial Medical Center được thành lập nhằm giúp đỡ những bệnh nhân không có khả năng thanh toán toàn bộ hay một phần chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ.

Quý vị phải hoàn thành Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính đính kèm và cung cấp “Thông Tin Yêu Cầu” được liệt kê và được kiểm tra theo Mục III trong Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính để được xem xét hỗ trợ tài chính.

Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính của quý vị không được xem xét cho đến khi quý vị cung cấp đầy đủ các thông tin được yêu cầu. Điều quan trọng là quý vị hoàn thành và nộp đơn yêu cầu Hỗ Trợ Tài Chính cùng với tất cả các chứng từ được yêu cầu trong vòng mười bốn (14) ngày kể từ ngày quý vị nhận được đơn yêu cầu hỗ trợ tài chính.

Quý vị phải ký và điền ngày ký vào đơn. Nếu bệnh nhân/người bảo lãnh và người hôn phối cung cấp thông tin, cả hai phải ký đơn. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hay yêu cầu hỗ trợ nào, vui lòng gọi số (310) 517-4765 để trao đổi với tư vấn viên tài chính của chúng tôi. Vui lòng gửi đơn yêu cầu đã hoàn thành của quý vị đến:

Torrance Memorial Medical Center
Patient Financial Services Department
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

Chúng tôi sẽ thông báo kết quả bằng văn bản đến quý vị trong vòng 45 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu hoàn chỉnh bao gồm các chứng từ được yêu cầu.

Torrance Memorial Medical Center
Đơn Yêu Cầu Hỗ Trợ Tài Chính

I. Thông Tin Bệnh Nhân:

Tên _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Địa Chỉ _____ Ngày Sinh _____
Thành Phố _____ Bang _____ Mã Zip _____
Điện Thoại Nhà# _____ Điện Thoại Di Động# _____ Điện Thoại Cơ Quan # _____
Nghề Nghiệp _____ Công Ty/Địa Chỉ _____
Bệnh nhân được tuyên bố khuyết tật vĩnh viễn Có/Không _____

II. Thông Tin Người Hôn Phối: (hay Cha mẹ nếu bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi)

Tên _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Địa Chỉ _____ Ngày Sinh _____
Thành Phố _____ Bang _____ Mã Vùng _____
Điện Thoại Nhà # _____ Điện Thoại Di Động # _____ Điện Thoại Cơ Quan # _____
Nghề Nghiệp _____ Công Ty/Địa Chỉ _____

III. Cha Mẹ Khác: (nếu Bệnh Nhân nhỏ hơn 18 tuổi)

Tên _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Địa Chỉ _____ Ngày Sinh _____
Thành Phố _____ Bang _____ Mã Vùng _____
Điện Thoại Nhà # _____ Điện Thoại Di Động# _____ Điện Thoại Cơ Quan # _____
Nghề Nghiệp _____ Công Ty/Địa Chỉ _____

IV. Liệt Kê Tất Cả Thành Viên Cùng Sinh Sống Trong Hộ Gia Đình, Bao Gồm Người Nộp Đơn:

Tên	Quan hệ gia đình	Tuổi
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V. Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (Liệt Kê Chi Tiết Dưới Đây): \$ _____

Thu Nhập của Bệnh Nhân _____ Thu Nhập của Người Hôn Phối _____
Thu Nhập của Cha Mẹ (Nếu bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi.) _____
Số An Sinh Xã Hội _____ Lương Hưu Không Bị Trì
Hoãn _____
Trợ Cấp Mắt Sứ _____ Trợ Cấp Thất Nghiệp _____
Hỗ Trợ của Chính Phủ/Cộng Đồng _____ Tiền Cấp Dưỡng/Hỗ Trợ Cho Trẻ Em _____
Thu Nhập Từ Cho Thuê Nhà _____ Thu Nhập Khác (Nêu Rõ Nguồn) _____

VI. Tổng Chi Phí Sinh Hoạt Hàng Tháng (Liệt Kê Chi Tiết Dưới Đây): \$ _____

Thuê/Thế chấp _____ Tiền Cấp Dưỡng/Hỗ Trợ Cho Trẻ Em _____
Thức Ăn/Thực Phẩm _____ Chi Phí Tiện Ích _____
Quần Áo _____ Bảo Hiểm _____
Xe/Vận Chuyển/Nhiên Liệu _____ Trường Học/Chăm Sóc Trẻ Em _____
Thẻ Tín Dụng, Khác _____ Giặt Ủi/Dọn Dẹp _____
Quần Áo _____ Bảo Hiểm Nhân Thọ/Sức
Khỏe _____

VII. Tài Sản:

Số D Tài Khoản Thanh Toán _____ Số Dư Tài Khoản Tiết Kiệm _____
Chứng Khoán, Trái Phiếu, Thị Trường Tiền Tệ, vv. _____ Nếu Tự Kinh Doanh, Giá Trị của Doanh Nghiệp _____
Bất Động Sản Khác Nhà Ở Chính _____ Tài Sản Khác (liệt kê) _____

VIII. Thông Tin Yêu Cầu: Vui lòng đánh dấu chứng từ được kèm theo-

- () Bản sao đơn hoàn thuế thu nhập liên bang 1040 trong năm;
- () Bản sao sao kê tài khoản 3 tháng gần nhất của tài khoản ngân hàng và tài khoản đầu tư;
- () Hai cuốn phiếu lương gần đây nhất thể hiện lương hiện hành và các khoản thu nhập từ đầu năm đến nay;
- () Nếu quý vị tự doanh, vui lòng đính kèm một bản sao báo cáo tài chính 12 tháng trước và tờ khai thuế năm ngoái.
- () Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng cung cấp văn bản giải thích làm thế nào quý vị hỗ trợ bản thân/gia đình.

IX. Cam Kết:

Tôi cam kết những thông tin thể hiện trong đơn yêu cầu hỗ trợ tài chính trên là chính xác và hoàn chỉnh nhất. Tôi cho phép Torrance Memorial Medical Center xác minh bất kỳ hay tất cả thông tin trên và tôi hiểu rằng một báo cáo tín dụng có thể được thực hiện như là một phần của quá trình xác minh này.

Chữ Ký Của Người Có Trách Nhiệm

Ngày