



0332

HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

1. Vui lòng điền vào **tất cả** các phần trên biểu mẫu đăng ký đính kèm. Nếu có phần nào không áp dụng với quý vị, hãy viết N/A trong chỗ trống được cung cấp.
2. Đính kèm một trang bổ sung nếu quý vị cần thêm chỗ để trả lời bất kỳ câu hỏi nào.
3. Quý vị phải cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập khi gửi mẫu đăng ký này. Các tài liệu sau được chấp nhận là giấy tờ chứng minh thu nhập:

Nếu đã gửi tờ khai thuế thu nhập liên bang thì quý vị phải gửi bản sao của:

- a. Tờ khai thuế thu nhập liên bang (Mẫu 1040) từ năm gần đây nhất. Quý vị phải bao gồm tất cả các mẫu schedule và tệp đính kèm đã gửi đến Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service).

Nếu quý vị không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang thì vui lòng cung cấp những giấy tờ sau:

- a. Hai (2) phiếu lương gần nhất; và
- b. Một lá thư giải thích tại sao quý vị không nộp tờ khai thuế thu nhập liên bang.

Nếu quý vị không có thu nhập, hay giấy tờ chứng minh thu nhập, hãy cung cấp một lá thư giải thích cách quý vị chu cấp cho bản thân/gia đình.

4. Chúng tôi không thể xử lý đăng ký hỗ trợ của quý vị cho đến khi toàn bộ thông tin yêu cầu đã được cung cấp.
5. Điều quan trọng là quý vị hoàn tất và nộp Đăng ký Hỗ trợ Tài chính cùng với toàn bộ tệp đính kèm yêu cầu trong vòng **mười bốn (14) ngày**.
6. Quý vị phải ký và đề ngày vào Đăng ký Hỗ trợ Tài chính. Nếu bệnh nhân/bên chịu trách nhiệm và vợ/chồng của họ cung cấp thông tin, cả hai đều phải ký vào mẫu đăng ký.
7. Nếu quý vị có câu hỏi, vui lòng gọi cho Patient Business Office theo số (909) 651-4177, từ 9:00 sáng đến 5:00 chiều, thứ Hai đến thứ Năm, và từ 9:00 sáng đến 2:00 chiều vào ngày thứ Sáu (ngoại trừ các ngày cuối tuần và ngày lễ). Vào ngày cuối tuần, ngày lễ và ngoài giờ làm việc, vui lòng liên hệ với Nhân Viên Đăng Ký bất kỳ để được hỗ trợ.
8. Hãy gửi mẫu Đăng ký Hỗ trợ Tài chính đã hoàn tất của quý vị và tất cả tài liệu yêu cầu đến địa chỉ:

Loma Linda University Medical Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center
HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
Trang 1 trên 3

MÃ SỐ BỆNH NHÂN

HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Mục đích của biểu mẫu này là nhằm xác định tiêu chí đủ điều kiện của bệnh nhân/bên chịu trách nhiệm để được hưởng hỗ trợ tài chính theo Chính Sách về Chăm Sóc Thiện Nguyện/Miễn Giảm Thanh Toán của Loma Linda University Medical Center.

BỆNH NHÂN/BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM
(người bảo lãnh) **TÊN** _____

TÊN
CHỒNG/VỢ _____

ĐỊA CHỈ

ĐIỆN THOẠI
Nhà riêng: _____
Cơ quan: _____

SỐ AN SINH XÃ HỘI
Bệnh nhân/Bên chịu trách nhiệm _____

Chồng/Vợ _____

TÌNH TRẠNG GIA ĐÌNH (Liệt kê tất cả những người phụ thuộc mà quý vị chu cấp)

Tên	Tuổi	Quan hệ

TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM

Bệnh nhân/Bên chịu trách nhiệm

Chủ lao động

Bệnh nhân/Bên chịu trách nhiệm _____

Chức vụ _____

Chủ lao động _____

Người liên hệ _____

Thông tin liên hệ của chủ lao động _____

Điện thoại _____

Chủ lao động của chồng/vợ

Chức vụ của chồng/vợ _____

Chủ lao động _____

Người liên hệ _____

Thông tin liên hệ của chủ lao động _____

Điện thoại _____



ĐẾN

	Bệnh nhân/ Người bảo lãnh	Vợ/chồng
1. Tổng tiền lương/Năm (trước khi khấu trừ)	\$ _____	\$ _____
2. Thu nhập từ việc làm tự do/Năm	\$ _____	\$ _____
3. Thu nhập khác:		
a. Lãi & cổ tức	\$ _____	\$ _____
b. Thuê và cho thuê bất động sản	\$ _____	\$ _____
c. An sinh xã hội	\$ _____	\$ _____
d. Tiền cấp dưỡng sau ly hôn	\$ _____	\$ _____
e. Cấp dưỡng nuôi con	\$ _____	\$ _____
f. Thất nghiệp/Khuyết tật	\$ _____	\$ _____
g. Trợ cấp của chính phủ	\$ _____	\$ _____
h. Tất cả các nguồn khác (đính kèm danh sách)	\$ _____	\$ _____
Tổng thu nhập (Cộng các dòng từ 1 - 3h ở trên)	\$ _____	\$ _____

CHI PHÍ BẤT THƯỜNG

Vui lòng cung cấp thông tin về bất kỳ chi phí bất thường nào như hóa đơn y tế, phá sản, lệnh tòa án hay trả nợ (đính kèm danh sách khi cần thiết).

Mô tả	Số tiền

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi/chúng tôi tuyên bố rằng tất cả thông tin được cung cấp là chính xác và đúng sự thực theo hiểu biết tốt nhất của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi ủy quyền cho LLUMC xác minh bất kỳ thông tin nào được nêu trong mẫu đăng ký này. Tôi/chúng tôi cho phép liên hệ với chủ lao động của tôi/chúng tôi.

Chữ ký của bệnh nhân/bên chịu trách nhiệm

Quan hệ với bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của chồng/vợ

Ngày

