



1150 Varnum St. NE  
Washington, DC 20017

## CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH THUỘC BỆNH VIỆN PROVIDENCE

### CÁC CHỈ DẪN LÀM ĐƠN XIN

Nếu quý vị muốn làm đơn xin vào Chương Trình Trợ Giúp Tài Chánh thuộc Bệnh Viện Providence, xin điền và gửi lại Đơn xin đính kèm. Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, các nhân viên của Bệnh Viện Providence sẵn sàng giải đáp cho các câu hỏi của quý vị, và giúp quý vị trong việc điền Đơn xin này.

Đơn xin đã điền của quý vị được duyệt xét để được giảm giá dựa trên mức lợi tức trong gia đình của quý vị và số người thuộc quyền trong gia đình của quý vị. Nếu hội đủ điều kiện, số phần trăm giảm giá sẽ là từ 70% tới 100%. Nếu quý vị không hội đủ điều kiện cho chương trình này, quý vị sẽ được tự động giảm giá 65% cho các dịch vụ y khoa không có bảo hiểm của quý vị.

### KHẢ NĂNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

Để hội đủ điều kiện được Trợ Giúp Tài Chánh, xin lưu ý những điều sau:

- Có thể cần một Đơn xin trợ giúp của địa phương, tiểu bang, hoặc liên bang.
- **Lợi tức gia đình phải được xác minh. Xin cung cấp bằng chứng về lợi tức của gia đình. (Giấy khai thuế và/hoặc lương mới đây)** Nếu quý vị không có lợi tức, xin cung cấp một bản khai giải thích việc quý vị được hỗ trợ về tài chánh như thế nào.
- Các nguồn lợi tức khác cũng phải được báo cáo và bao gồm: trợ cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng, bồi thường tai nạn nghề nghiệp, trợ giúp công cộng, lợi tức do tự mình làm chủ, và lợi tức thất nghiệp.

### Sẽ không có sẵn sự Trợ Giúp Tài Chánh cho:

- Đồ vật cá nhân, như các chi tiêu cho một máy ti vi.
- Dịch vụ không cần thiết về y khoa bao gồm giải phẫu thẩm mỹ và điều trị hiếm muộn.
- Dịch vụ được bảo hiểm bao trả thuộc một hệ thống y tế khác.
- Các dược liệu mua tự do ngoài quầy.

***Việc xác định để được Trợ Giúp Tài Chánh sẽ chỉ áp dụng cho giai đoạn chăm sóc mà Đơn xin này hiện đang được điền vào.***

Gửi đơn xin đến: Providence Hospital  
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)  
1150 Varnum St., NE  
Washington, DC 20017

Fax đơn xin này tới: (202) 281-3143

Có câu hỏi về đơn xin này: (202) 854-4081



## FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)					Account No.
Patient Name:	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Address:	City	State	Zip	Email Address	
Social Security Number:	Employer		Full Time Part Time	How many hrs/wk	
Employer Address:	City	State	Zip	Telephone No.	

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION					
Name	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
Same as above					
Address		State	Zip	Email Address	
Social Security Number	Employer		Full Time Part Time	How many hrs/wk	
Employer Address	City	State	Zip	Telephone No.	

RESPONSIBLE PARTY SPOUSE INFORMATION			
Spouse's Name	Social Security Number	Birth Date	
Spouse's Employer:	Address:	City	State Zip Telephone No.

DEPENDENTS:					
Name	Age	Relationship	Name	Age	Relationship

GROSS MONTHLY INCOME			MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Applicant Earned Income	_____		Mortgage/Rent	_____	_____
Applicant Spouse's Income	_____		Electricity	_____	_____
Social Security Benefits	_____		Gas	_____	_____
Pension/Retirement Income	_____		Telephone	_____	_____
Unemployment Compensation	_____		Water	_____	_____
Worker's Compensation	_____		Groceries	_____	_____
Interest / Dividend Income	_____		Cable TV	_____	_____
Child Support	_____		Car Payment	_____	_____
Alimony	_____		Cell Phone	_____	_____
Rental Property Income	_____		Day Care	_____	_____
Food Stamps	_____		Child Support/Alimony	_____	_____
Other	_____		Prescription Drugs	_____	_____
Other	_____		<b>Credit Cards:</b>		
<b>TOTAL GROSS INCOME:</b>			1.	_____	_____
			2.	_____	_____
			3.	_____	_____
<b>ASSETS</b>			<b>Other Doctor /</b>		
Cash on Hand	_____		<b>Hospital Bills:</b>		
Savings Account	_____		_____	_____	_____
Checking Account	_____		_____	_____	_____
C.D.'s	_____		_____	_____	_____
Securities	_____		_____	_____	_____
Life Insurance	_____				
Other Real Estate	_____		<b>Insurance Expense:</b>		
Other	_____		1. Automobile	_____	_____
			2. Property	_____	_____
			3. Medical / Life	_____	_____
<b>Vehicle / Make &amp; Model:</b>	<b>Year</b>	<b>Value</b>	<b>Other Loan Payments:</b>		
_____	_____	_____	1.	_____	_____
_____	_____	_____	2.	_____	_____
_____	_____	_____			
<b>Financial Settlements:</b>			<b>Other Monthly Payments:</b>		
Life Insurance	_____		cobra	_____	_____
Inheritance	_____		life insurance	_____	_____
Other	_____		3.	_____	_____
<b>TOTAL VALUE OF ASSETS:</b>			<b>TOTAL MONTHLY EXPENSES:</b>		

COMMENTS: \_\_\_\_\_

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative

**BỆNH VIỆN PROVIDENCE**

**ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH**

**CHỨNG NHẬN**

Chữ ký của tôi trên mẫu này xác nhận rằng tất cả các phát biểu đều đúng sự thực theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi và tôi đã tiết lộ tất cả các sự kiện về tài chánh của tôi. Tôi hiểu và xác nhận rằng bất cứ sự trình bày sai lạc nào về tài chánh của tôi có liên quan với Đơn xin này, hoặc bất cứ sự không hợp tác nào với các nỗ lực để cho tôi hội đủ điều kiện vào chương trình có thể trả cho chi phí của sự chăm sóc của tôi (thí dụ, Medicaid, đơn đòi thương tích cá nhân, bồi thường tai nạn nghề nghiệp) có thể là vô hiệu hóa bất cứ việc được cấp cho sự Trợ Giúp Tài Chánh nào và tôi sẽ chịu trách nhiệm về tài chánh cho các dịch vụ đã cung cấp. Tôi đồng ý cho phép Bệnh Viện Providence và các đại diện của họ được yêu cầu và duyệt xét báo cáo tín dụng của tôi và đảm nhận các bước hợp lý khác để hiệu lực hóa mọi thông tin đã cung cấp.

Tôi hiểu rằng nếu tôi hội đủ điều kiện được trợ giúp tài chánh một phần tôi sẽ chịu trách nhiệm cho phần còn lại của hóa đơn.

**Phát Biểu về lợi tức gộp (trước thuế và giữ lại)**

**Tổng Lợi Tức Gia Đình Hàng Năm Của Tôi** (cộng các cột hàng năm của Bệnh Nhân và Người Phối Ngẫu từ bên kia và viết tổng số dưới đây):

---

**Phát Biểu về Việc Không Có Lợi Tức**

Mô tả ngắn gọn về tình trạng tài chánh/sinh sống của quý vị và tại sao quý vị cần được giúp đỡ tài chánh cho (các) hóa đơn y tế của quý vị.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Xin Ký Tên Vào Dưới Đây:**

---

Bệnh nhân /Người giám hộ

(Ngày)