ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Họ và tên: ____ Số An sinh Xã hội:____________________
Địa chỉ:____
Thành phố: _________ Bang:_________ Mã bưu điện:_________ Số điện thoại liên hệ:______________
Nơi làm việc: ____________________________________ Số năm làm việc: ________________________
Quý vị đã kết hôn chưa? ___ Có___ Không Họ và tên vợ/chồng:___________________________________
Số người phụ thuộc (*bao gồm cả quý vị*): _________ Tuổi:______________________________________
Tổng số thành viên trong hộ gia đình: ____

THÔNG TIN THU NHẬP CỦA BỆNH NHÂN

Tiền lương: $_________
Mức lương này là: ___ Theo giờ___ Theo tháng ___Theo năm
Trợ cấp thất nghiệp: $________________________________
An sinh Xã hội hoặc Trợ cấp khuyết tật: $__________________
AFDC: $__________ Trợ cấp nuôi con: $__________________
Tài khoản tiết kiệm: $________________________________
Tài khoản thanh toán: $_______________________________
Nguồn khác: $_______________________________________

THÔNG TIN THU NHẬP CỦA VỢ/CHỒNG

Tiền lương: $_________
Mức lương này là: ___ Theo giờ___ Theo tháng ___Theo năm
Trợ cấp thất nghiệp: $________________________________
An sinh Xã hội hoặc Trợ cấp khuyết tật: $_________________
AFDC: $__________ Trợ cấp nuôi con: $_________________
Tài khoản tiết kiệm: $________________________________
Tài khoản thanh toán: $_______________________________
Nguồn khác: $_______________________________________

VUI LÒNG NỘP KÈM NHỮNG GIẤY TỜ SAU (nếu có) CÙNG VỚI ĐƠN NÀY cho Bệnh nhân/Vợ/Chồng:

Thu nhập
___ Hai phiếu lương gần nhất
___ Tờ khai thuế của năm gần nhất hoặc bằng chứng không cần khai thuế
___ Thư xác nhận khoản trợ cấp thu nhập

Tài sản
___ Sao kê tất cả các tài khoản ngân hàng trong 2 tháng gần nhất (tài khoản thanh toán và tiết kiệm)
___ Sao kê các tài khoản đầu tư/quỹ tương hỗ/tài khoản thị trường tiền tệ trong 2 tháng gần nhất
___ Sao kê tài khoản hưu trí trong 2 tháng gần nhất
___ Giấy tờ đăng ký/quyền sở hữu tất cả các phương tiện
___ Tất cả các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ
___ Tài liệu về tài sản kinh doanh
___ Tài liệu về quỹ tín thác
___ Tài liệu về bất động sản không phải nơi cư trú chính

TÔI CAM ĐOAN NHỮNG THÔNG TIN NÊU TRÊN LÀ ĐÚNG SỰ THẬT VÀ CHÍNH XÁC:

Chữ ký: ______________________________________ Ngày: _______________________

Trong bất kỳ giai đoạn nào của quá trình xét duyệt, Emory có thể yêu cầu quý vị cung cấp thêm thông tin hoặc giấy tờ để hỗ trợ việc xác định đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu tình hình tài chính của quý vị thay đổi, Emory cũng có thể yêu cầu quý vị nộp đơn đăng ký mới.
Việc phê duyệt hỗ trợ tài chính có hiệu lực tối đa 6 tháng. Để duy trì tính đủ điều kiện, bệnh nhân phải hợp tác đầy đủ với tất cả các đơn vị do Emory phê duyệt, những đơn vị hỗ trợ xác định khả năng đủ điều kiện tham gia các chương trình liên bang, tiểu bang và ACA.
Việc cung cấp thông tin sai lệch, không đầy đủ hoặc gây hiểu nhầm có thể dẫn đến việc từ chối hoặc giảm hỗ trợ tài chính hồi tố, và quý vị có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán số dư phát sinh. Emory Healthcare cũng bảo lưu quyền xem xét lại điều kiện đủ tiêu chuẩn của quý vị theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính vào bất kỳ thời điểm nào và điều chỉnh tài khoản khi cần thiết.