

FINANCE



**JOHNS HOPKINS**  
M E D I C I N E

**Đơn xin Hỗ trợ Tài chính của  
Johns Hopkins Medicine**

Vui lòng điền vào các mẫu đính kèm và gửi lại cùng với các tài liệu như được chỉ dẫn bên dưới.

**Các mẫu bao gồm:**

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính (được đính kèm)

**Tài liệu bao gồm:**

1. Bản sao tờ khai thuế năm vừa rồi. (Nếu đã kết hôn và nộp tài liệu riêng, vui lòng cung cấp bản sao của cả hai tờ khai)
2. Bản sao của ba (3) phiếu lương gần nhất, thư từ chủ lao động hoặc bằng chứng về tình trạng thất nghiệp.
  1. Bản sao của thư trao trợ cấp an sinh xã hội (nếu có)
  2. Bản sao thư xác nhận của Cơ quan Hỗ trợ Y tế hoặc An sinh xã hội.
3. Bằng chứng về chi phí sinh hoạt hàng tháng được ghi trong đơn xin chẳng hạn như bản sao của hóa đơn điện thoại, hóa đơn BG&E, hoặc các khoản thanh toán tiền thuê nhà/thuế chấp.
4. Bản sao của các chi phí y tế chưa thanh toán.
5. Bản sao của tất cả thẻ bảo hiểm y tế.
6. Bằng chứng về cư trú chẳng hạn như thẻ căn cước, bằng lái xe, giấy khai sinh hoặc tính trạng cư trú hợp pháp (thẻ xanh).

**VUI LÒNG GỬI THÔNG TIN QUA THƯ ĐẾN:  
ATTN: REIMBURSEMENT DEPARTMENT  
5901-A HOLABIRD AVENUE  
BALTIMORE, MD 21224**



	Số tiền Hàng tháng
Việc làm Trợ cấp	_____
Hưu trí/Lương hưu Trợ cấp	_____
An sinh Xã hội Trợ cấp	_____
Hỗ trợ Công cộng Trợ cấp	_____
Khuyết tật Trợ cấp	_____
Thất nghiệp Trợ cấp	_____
Cựu chiến binh Trợ cấp cho vợ/chồng cũ	_____
Thu nhập Cho thuê Bất động sản	_____
Quyền lợi Đình công	_____
Quyền lợi Quân ngũ	_____
Thu nhập từ Trang trại hoặc Tự Kinh doanh	_____
Nguồn Thu nhập khác	_____
<b>Tổng</b>	_____

<i>II. Tài khoản Thanh toán</i>	Số dư Hiện tại
Tài khoản Thanh toán	_____
Tài khoản Tiết kiệm	_____
Cổ phiếu, Trái phiếu, CD, hoặc Thị trường Tiền tệ	_____
Các tài khoản Khác	_____
<b>Tổng</b>	_____

**III. Các tài sản Khác**

Nếu quý vị sở hữu bất kỳ tài sản nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị xấp xỉ

Nhà ở	Số dư Vay nợ _____	Giá trị Xấp xỉ _____
Ô tô	Hãng _____ Năm mua _____	Giá trị Xấp xỉ _____
Phương tiện	Hãng _____ Năm mua _____	Giá trị Xấp xỉ _____
Phương tiện	Hãng _____ Năm _____	Giá trị Xấp xỉ _____

Bất động sản khác

Giá trị Xấp xỉ \_\_\_\_\_

Tổng cộng \_\_\_\_\_

<i>IV. Chi phí Hàng tháng</i>	Số tiền
Tiền thuê hoặc Tiền vay Thế chấp	_____
Các dịch vụ tiện ích (Các)	_____
khoản thanh toán xe ô tô (Các)	_____
Thẻ Tín dụng	_____
Bảo hiểm Xe ô tô	_____
Bảo hiểm Sức khỏe	_____
Các Chi phí Y tế Khác	_____
Các Chi phí Khác	_____

Quý vị có bất kỳ hóa đơn y tế nào chưa trả không?    **CÓ**    **KHÔNG**

Cho những dịch vụ nào? \_\_\_\_\_

Quý vị đã sắp xếp được kế hoạch thanh toán chưa? Các khoản thanh toán hàng tháng là những khoản nào? \_

**Để Đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Khó khăn Về Tài chính Y tế:**

Thu nhập Gia đình trong mười hai (12) tháng theo lịch trước ngày nộp đơn xin này: \_\_\_\_\_

Khoản nợ về Y tế phát sinh tại Johns Hopkins (không bao gồm khoản đồng bảo hiểm, đồng thanh toán hoặc các khoản khấu trừ) trong mười hai (12) tháng theo lịch trước ngày nộp đơn xin này

Ngày thực hiện Dịch vụ	Số tiền nợ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Đối với Đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính:**

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Bệnh nhân bao nhiêu tuổi?   | _____         |
| 2. Bệnh nhân có đang mang thai không?  | Có hoặc Không |
| 3. Bệnh nhân có con cái dưới 21 tuổi đang sống ở nhà không?  | Có hoặc Không |
| 4. Bệnh nhân có bị mù hoặc có khả năng bị tàn tật trong 12 tháng hoặc lâu hơn vì để được công việc đem lại thu nhập?                               | Có hoặc Không |
| 5. Bệnh nhân có đang nhận quyền lợi của SSI hoặc SSDI không?   | Có hoặc Không |
| 6. Bệnh nhân (và, vợ/chồng, nếu đã kết hôn) có tổng số tài sản hoặc tài sản có thể chuyển đổi thành tiền mặt không vượt quá các số tiền sau không? | Có hoặc Không |

**Quy mô Gia đình:**

Cá nhân: \$2,500.00

Hai người: \$3,000.00

Cho mỗi thành viên gia đình bổ sung, thêm \$100.00

(Ví dụ: Đối với một gia đình bốn người, nếu quý vị có tổng tài sản thanh khoản ít hơn \$3,200.00, quý vị sẽ trả lời, CÓ.)

- |   |   |
|---|---|
| 7. Bệnh nhân có phải là cư dân của tiểu bang Maryland không?<br>Nếu không phải cư dân của Maryland, bệnh nhân ở tiểu bang nào?  | Có hoặc Không                           |
| 8. Bệnh nhân có phải là người vô gia cư không?  | Có hoặc Không                           |
| 9. Bệnh nhân có tham gia 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 chương trình hỗ trợ cho người có thu nhập thấp không?   | Có hoặc Không                           |
| 12. Bệnh nhân có nhận được Tem phiếu Thực phẩm/SNAP không?  | Có hoặc Không                           |
| 13. Bệnh nhân có ghi danh vào Healthy Howard, Chase Brexton không?  | Có hoặc Không                           |
| 14. Bệnh nhân có được giới thiệu đến SH bởi Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, hoặc Proyecto Salud không? | Có hoặc Không                           |
| 15. Bệnh nhân có đang tham gia:<br>Chương trình Hỗ trợ Y tế<br>QMB/SMLB   | Có hoặc Không<br>Có hoặc Không          |
| 16. Bệnh nhân có việc làm không?<br>Nếu không, hãy cung cấp ngày bắt đầu thất nghiệp.<br>Đủ điều kiện với bảo hiểm sức khỏe COBRA không?  | Có hoặc Không<br>_____<br>Có hoặc Không |

Các tài liệu được nộp đều trở thành một phần của đơn xin này.

Nếu quý vị yêu cầu được gia hạn hỗ trợ tài chính, JHM có thể yêu cầu thông tin bổ sung để đưa ra quyết định bổ sung. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, quý vị chứng nhận rằng thông tin được cung cấp là đúng sự thật và đồng ý thông báo cho JHM bất kỳ thay đổi nào về thông tin được cung cấp trong vòng 10 ngày sau khi thay đổi. Tất cả thông tin nộp trong đơn đều đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết, thông tin và niềm tin của tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Người nộp đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Mối quan hệ với Bệnh nhân