Sơ Lược
Tài Chính để xin Trợ Cấp
Tờ Thông Tin và Hướng Dẫn

Làm thế nào để tôi có thể xin Trợ Cấp?

Quý vị có thể nộp đơn xin trợ cấp bằng cách điền vào bảng Sơ Lược Tài Chính.

Tôi phải làm gì với bảng Sơ Lược Tài Chính sau khi tôi đã điền đầy đủ các chi tiết?

Quý vị có thể:

1.) Gửi qua bưu điện đến
Driscoll Children's Hospital
Attn: Admitting Office – 1st Floor
P. 0. Box 6530
Corpus Christi, Texas 78466
hoặc

2.) Mang nộp tại Văn Phòng Phụ Trách Nhập Viện - Tầng 1 đằng sau tiệm bán quà lưu niệm vào bất cứ ngày nào từ 7:00 sáng - 8:00 tối.

Tôi có cần phải cung cấp giấy tờ nào khác khi nộp đơn xin trợ cấp không?

Có, quý vị phải cung cấp một bản sao giấy tờ tùy thân hợp lệ của quý vị hoặc Bằng Lái Xe Texas và một trong những giấy tờ sau đây:

1	Báo Cáo Lương Bổng W2 cho IRS	7	Chương Trình Chính Phủ Lợi Tức Liên Bang
2	Biên Nhận Gửi Phiếu Lương	8	Giấy Chứng Việc Làm
3	Giấy Khai Thuế	9	Báo Cáo của Ngân Hàng
4	Số An Sinh Xã Hội	10	Chứng Nhận Bằng Văn Bản
5	Bồi Thường Lao Động	11	Giấy tờ khác
6	Thư Báo Trợ Cấp Thất Nghiệp		

Bao giờ tôi sẽ được thông báo cho biết là được chấp thuận trợ giúp y phí để trả hóa đơn bệnh viện của tôi?

Quý vị có thể liên lạc với chúng tôi tại (361) 694-4758

Chương trình Trợ Giúp Y Phí có trả tiền khám bác sĩ và các hóa đơn khác cho lần khám bệnh này không?

Không. Chương trình Trợ Giúp Y Phí tại Driscoll Children's Hospital sẽ không trả tiền cho các hóa đơn của bác sĩ, giải thích hình chụp quang tuyến X, và các dịch vụ phụ khác. Bất cứ toa thuốc hoặc dịch vụ nào khác không phải từ Driscoll Children's Hospital sẽ không được chương trình này chi trả.

Nếu tôi không nhận được thông báo và tôi cần phải mang con đến Driscoll thì con tôi có được khám bệnh?

Có. Con của quý vị sẽ được bác sĩ khám bệnh; trong khi ở bệnh viện quý vị có thể đến Văn Phòng Phụ Trách Nhập Viện để tìm hiểu xem quý vị có đủ điều kiện hay không.

Driscoll CHILDREN'S HOSPITAL

Báo Cáo Sơ Lược Tài Chính

HỒ SƠ ĐƯƠNG ĐƠN:

Tên Họ: _____ Phái ☐ Nam ☐ Nữ
Tên Họ Tên lót

Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____ Ngày Sinh: tháng _____ ngày _____ năm _____

Địa Chỉ:_____ Thời Gian Cư Ngụ:_____

Thành Phố _____ Quận _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Điện _____

Số Điện Thoại: (_____)_____-_____ Cư Dân Texas? ☐ phải ☐ không

Ai là người chịu trách nhiệm về mặt pháp luật cho việc chăm sóc y tế của bệnh nhân? ☐ Cha ☐ Mẹ ☐ Cả hai ☐ Người Giám Hộ

THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH

Tên	Ngày Sinh	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Số An Sinh Xã Hội

LÝ LỊCH BỆNH NHÂN:

Tên Họ: _____ Phái ☐ Nam ☐ Nữ
Tên Họ Tên lót

Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____ Ngày Sinh: tháng _____ ngày _____ năm _____

Nơi Sinh: Thành Phố/Tiểu Bang _____ Quận _____

LÝ LỊCH PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ BỆNH NHÂN

TÊN HỌ CỦA CHA:

_____
Họ Tên Tên lót

Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Ngày Sinh: Tháng _____ Ngày _____ Năm _____

Điện Thoại Tư Gia: (_____)_____-_____

☐ còn sống Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Texas?
☐ phải ☐ không
☐ đã qua đời Địa chỉ nếu khác với địa chỉ bệnh nhân:
☐ có gia đình Đường:_____
☐ độc thân Thành Phố:_____
☐ ly thân
☐ ly dị Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
☐ góa bụa
Điện Thoại Sở Làm: (_____)_____-_____

TÊN HỌ CỦA MẸ:

_____
Họ Tên Tên lót

Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Ngày Sinh: Tháng _____ Ngày _____ Năm _____

Điện Thoại Tư Gia: (_____)_____-_____

☐ còn sống Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Texas?
☐ phải ☐ không
☐ đã qua đời Địa chỉ nếu khác với địa chỉ bệnh nhân:
☐ có gia đình Đường:_____
☐ độc thân Thành Phố:_____
☐ ly thân
☐ ly dị Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
☐ góa bụa
Điện Thoại Sở Làm: (_____)_____-_____

TÊN HỌ CỦA GIÁM HỘ:

_____
Họ Tên Tên lót

Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Ngày Sinh: Tháng _____ Ngày _____ Năm _____

Điện Thoại Tư Gia: (_____)_____-_____

☐ còn sống Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Texas?
☐ phải ☐ không
☐ đã qua đời Địa chỉ nếu khác với địa chỉ bệnh nhân:
☐ có gia đình Đường:_____
☐ độc thân Thành Phố:_____
☐ ly thân
☐ ly dị Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Điện: _____
☐ góa bụa
Điện Thoại Sở Làm: (_____)_____-_____

HỒ SƠ BẢO HIỂM CỦA BỆNH NHÂN: **Bệnh nhân có bảo hiểm không? ☐ Không ☐ Có (Xin cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm)**

Nếu có, từ người nào: ☐ Cả cha lẫn mẹ ☐ Mẹ ☐ Cha ☐ Bệnh nhân ☐ Người khác

MEDICAID VÀ CÁC PHÚC LỢI KHÁC

Bệnh nhân có Medicaid không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, số Medicaid của bệnh nhân _____ Số Medicaid của người mẹ _____

Bệnh nhân có Medicare không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, số Medicare: _____

Đánh dấu vào loại phúc lợi đang được hưởng: ☐ Food Stamps Số tiền $ _____ ☐ WIC ☐ Trợ cấp khác _____

Bệnh nhân hay thành viên khác trong gia đình hiện có đang nhận được trợ cấp từ những chương trình khác, hoạt động gây quỹ, tổ chức từ thiện đặc biệt , quà tặng, và/hoặc quyên góp: Nếu có, xin liệt kê:

VI LỢI TỨC VÀ CHI TIÊU

Nghề Nghiệp của Cha:_____ Tên Sở Làm:_____
Địa Chỉ:_____ Số Năm Thâm Niên:_____
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Điện:_____ Số Điện Thoại: (_____)_____-_____
Tổng Số Lợi Tức: $ _____ mỗi kỳ lương
☐ Lương Bổng ☐ Lợi Tức Khác ☐ Mỗi Giờ _____ $/ giờ Số giờ_____ / tuần
(chọn một)
☐ Mỗi Tuần ☐ Mỗi Hai Tuần ☐ Mỗi Tháng ☐ Mỗi Hai Tháng ☐ Mỗi Năm

Nghề Nghiệp của Mẹ:_____ Tên Sở Làm:_____
Địa Chỉ:_____ Số Năm Thâm Niên:_____
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Điện:_____ Số Điện Thoại: (_____)_____-_____
Tổng Số Lợi Tức: $ _____ mỗi kỳ lương
☐ Lương Bổng ☐ Lợi Tức Khác ☐ Mỗi Giờ _____ $/ giờ Số giờ_____ / tuần
(chọn một)
☐ Mỗi Tuần ☐ Mỗi Hai Tuần ☐ Mỗi Tháng ☐ Mỗi Hai Tháng ☐ Mỗi Năm

Nghề Nghiệp của Giám Hộ:_____ Tên Sở Làm:_____
Địa Chỉ:_____ Số Năm Thâm Niên:_____
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Điện:_____ Số Điện Thoại: (_____)_____-_____
Tổng Số Lợi Tức: $ _____ mỗi kỳ lương
☐ Lương Bổng ☐ Lợi Tức Khác ☐ Mỗi Giờ _____ $/ giờ Số giờ_____ / tuần
(chọn một)
☐ Mỗi Tuần ☐ Mỗi Hai Tuần ☐ Mỗi Tháng ☐ Mỗi Hai Tháng ☐ Mỗi Năm

Nguồn lợi tức khác mà gia đình hoặc bệnh nhân đang nhận lãnh (Đánh dấu Có hay Không cho mỗi loại)

Loại	Không	Có	Nếu có, $ nhận hàng tháng	Loại	Không	Có	Nếu có, $ nhận hàng tháng
Trợ Cấp Con Cái				Trợ Cấp Thất Nghiệp			
An Sinh Xã Hội				Lợi Tức từ Thuê Nhà			
Phụ Cấp An Sinh Xã Hội / SSI				Lợi Tức Người Tàn Phế			
Quyền Lợi An Sinh Xã Hội				TANF			
Bồi Thường Lao Động				Trợ cấp khác			

Nơi Cư Ngụ: (chọn một)
☐ Sở hữu/mua nhà ☐ Thuê ☐ Sống với Bạn Bè/Thân Nhân ☐ Không có địa chỉ thường trú

CHI TIÊU HÀNG THÁNG

Chi Tiêu	Số Tiền Trả	Số Tiền Nợ	Chi Tiêu	Số Tiền Trả	Số Tiền Nợ
Tiền Nhà			Giữ Trẻ		
Tiện Ích			Xe Hơi		
Thức Ăn			Bảo Hiểm Xe Hơi		
Người Cho Vay			Tổng Cộng		

GIÁ TRỊ TÀI SẢN
1. Quý vị có sở hữu bất động sản khác không (không tính nhà đang cư ngụ)? ☐ Có ☐ Không Nếu có, giá thị trường hiện thời: $_____
2. Quý vị có trang trại không? ☐ Không ☐ Có Nếu có, giá trị hiện thời trên thị trường: $_____
3. Trương Mục Ngân Phiếu? ☐ Không ☐ Có Nếu có, tên của ngân hàng:_____ Số Tiền Hiện Có $_____
4. Trương Mục Tiết Kiệm? ☐ Không ☐ Có Nếu có, tên của ngân hàng:_____ Số Tiền Hiện Có $_____
5. Trị giá số tiền bảo hiểm nhân thọ? ☐ Không ☐ Có Nếu có, tên của hãng bảo hiểm _____ Trị Giá $ _____
6. Xe hơi? ☐ Không ☐ Có
   Nếu có xin liệt kê: (a) Hãng/Kiểu _____ Năm _____ Số Tiền Còn Nợ $_____
   (b) Hãng/Kiểu _____ Năm _____ Số Tiền Còn Nợ $_____

Số tiền ước tính cho y phí trong BA THÁNG vừa qua. $_____

Chúng tôi cần tiếp xúc với ai nếu chúng tôi muốn liên lạc với quý vị?

Tên:_____ Địa chỉ: _____ Số điện thoại: (____)_____-_____

Tên:_____ Địa chỉ: _____ Số điện thoại: (____)_____-_____

CHỨNG NHẬN & TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi xin chứng nhận rằng những chi tiết khai trên là chính xác. Tôi cũng cho phép Driscoll Children's Hospital được tiết lộ bất cứ thông tin y tế hoặc tài chính nào để bệnh viện có thể tìm trợ cấp tài chính giúp chi trả cho y phí của con tôi.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Giám Hộ: X _____ **Ngày:**_____

X _____ **Ngày:**_____

Chỉ Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng:

Ngày: _____ / _____/_____ Nhân Viên Phỏng Vấn: _____

Phê Bình/Đề Nghị:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Giám Hộ # _____ Bệnh Nhân # _____

Hội Đủ Tiêu Chuẩn nhận Trợ Cấp Tài Chính _____% Hết Hiệu Lực _____

Hồ Sơ CCMS #_____

Driscoll Children's Hospital
3533 S Alameda
Corpus Christi TX 78411

Sơ Lược Tài Chính

Đơn [0609]
Ngày: [04 / 02] Ngày Sửa Đổi: [04 / 02]

Địa Chỉ Người Nhận