

## Tóm tắt Tài Chính

### Trang Thông Tin và Hướng Dẫn

#### Làm thế nào để tôi đăng ký nhận Hỗ trợ?

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký nhận hỗ trợ bằng cách điền vào Bản tóm tắt Tài chính.

#### Tôi phải làm gì với Bản tóm tắt Tài chính sau khi đã điền đầy đủ thông tin?

Quý vị có thể:

- 1) Gửi thư tới Driscoll Children's Hospital,  
Attn: Admitting Office 1<sup>st</sup> Floor  
P.O. Box 6530  
Corpus Christi, Texas 78466  
hoặc
- 2) Hoặc quý vị có thể để lại tại Văn phòng Tiếp nhận nằm ở tầng một của bệnh viện phía sau cửa hàng quà tặng bất kỳ ngày nào trong khoảng thời gian từ 7:00 a.m. đến 8:00 p.m.

#### Tôi có cần cung cấp bất kỳ thông tin nào cùng với đơn đăng ký của mình không?

Có. Cung cấp bản sao ID hợp lệ hoặc Giấy phép Lái xe Texas, giấy tờ xác nhận thu nhập bằng bất kỳ tài liệu nào được liệt kê bên dưới.

1	Biểu mẫu IRS W-2	8	Xác nhận của Chủ lao động
2	Chuyển khoản Tiền lương	9	Sao kê Ngân hàng
3	Tờ khai Hoàn thuế	10	Chứng thực bằng Văn bản
4	An sinh Xã hội	13	Khác
5	Bồi thường cho Người lao động		
6	Thư Trợ cấp Thất nghiệp		
7	Chương trình Thu nhập Liên bang của Chính phủ		

#### Khi nào tôi sẽ biết liệu tôi có nhận được hỗ trợ thanh toán hóa đơn bệnh viện hay không?

Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi theo số (361) 694-4758.

#### Hỗ trợ Tài chính có thanh toán cho Bác sĩ và bất kỳ hóa đơn nào khác cho lần khám này không?

Không. Hỗ trợ Tài chính của Driscoll Children's Hospital sẽ không thanh toán cho Hóa đơn Bác sĩ, phiên dịch X-quang và Dịch vụ Phụ trợ. Bất kỳ đơn thuốc hoặc dịch vụ nào không được cung cấp tại Driscoll Children's Hospital sẽ không được chi trả.

#### Nếu tôi không nhận được thông báo và tôi cần đưa con tôi đến Driscoll thì con tôi có được thăm khám không?

Có. Con của quý vị vẫn được thăm khám. Khi ở bệnh viện, quý vị có thể nói chuyện với cố vấn tài chính tại Văn phòng Tiếp nhận hoặc quầy hỗ trợ xuất viện của ED để hỏi về tình trạng đơn đăng ký của quý vị.

## Tóm tắt Tài Chính

### THÔNG TIN NGƯỜI ĐĂNG KÝ

Tên: \_\_\_\_\_ Giới tính  Nam  Nữ

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với Bệnh nhân?:  Bệnh nhân  Cha  Mẹ  Người giám hộ

Số điện thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ai chịu trách nhiệm pháp lý về chăm sóc y tế cho bệnh nhân?  Cha  Mẹ  Cả hai  Người giám hộ: \_\_\_\_\_

### THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH:

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ	An sinh Xã hội

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN:

Tên: \_\_\_\_\_  nam  nữ

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_

Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ngày sinh: tháng \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

Nơi sinh: Thành phố/Tiểu bang \_\_\_\_\_ Quận: \_\_\_\_\_

Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Texas không?:  Không  Có Nếu không?:  Visa ghé thăm  Visa học sinh  Được phép làm việc

Bệnh nhân có Bảo hiểm không?  Không  Có – Vui lòng cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm

Nếu có, thông qua ai:  Cả cha mẹ  Mẹ  Cha  Bệnh nhân  Khác

Nếu khác, vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA BỆNH NHÂN:

#### HỌ VÀ TÊN CHA

\_\_\_\_\_  Còn sống  Đã qua đời  Đã kết hôn  Độc thân  Ly hôn  Góa

Quý vị có phải là cư dân hợp pháp của Texas không?:  Có  Không

Địa chỉ nếu khác với địa chỉ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên đệm \_\_\_\_\_ Đường phố: \_\_\_\_\_

Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ Năm \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Số điện thoại Cơ quan: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Tên Chủ lao động: \_\_\_\_\_ Thời gian Làm việc: \_\_\_\_\_

Địa chỉ Chủ lao động: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Tổng Thu nhập: \$ \_\_\_\_\_ mỗi kỳ trả lương. \$ \_\_\_\_\_ mỗi giờ Số giờ làm việc mỗi tuần: \_\_\_\_\_

Có lương – được miễn  Không có lương – không được miễn  Khác Trả lương?  Hàng tuần  Mỗi 2 tuần  Hàng tháng  Hàng năm



## Tóm tắt Tài Chính

CÁC NGUỒN THU NHẬP KHÁC: Đánh dấu Có hoặc Không ở mỗi mục và điền số tiền nếu câu trả lời là có

Loại	Không	Có	Nếu có, Số tiền Nhận / mỗi tháng	Loại	Không	Có	Nếu có, Số tiền Nhận / mỗi tháng
Cấp dưỡng Nuôi con				Bồi thường Trợ cấp Thất nghiệp			
An sinh Xã hội				Cho thuê Tài sản			
An sinh Xã hội cho Người khuyết tật/SSI				Thu nhập cho Người khuyết tật			
Quyền lợi An sinh Xã hội cho Nạn nhân				TANF			
Bồi thường cho Người lao động				Khác			

**ĐIỀU KIỆN SINH SỐNG:** (chọn một)

Sở hữu/đang mua nhà     
  Thuê nhà     
  Sống với Bạn bè / Hộ hàng     
  Không có địa chỉ thường trú

**CHI PHÍ HÀNG THÁNG:**

Chi phí	Thanh toán	Số tiền nợ	Chi phí	Thanh toán	Số tiền nợ
Nhà ở			Người chăm sóc		
Tiện ích			Ô tô		
Thực phẩm			Bảo hiểm ô tô		
Chủ nợ			Tổng		

**GIÁ TRỊ TÀI SẢN:**

1	Quý vị có sở hữu bất động sản nào khác (không bao gồm nhà của quý vị) không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, giá trị hiện tại?	\$
2	Quý vị có sở hữu trang trại không?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, giá trị thị trường hiện tại?	\$
3	Tài khoản Thanh toán?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, tên ngân hàng?	
4	Tài khoản Tiết kiệm?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, tên ngân hàng?	
5	Bảo hiểm nhân thọ bằng tiền mặt?	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	Nếu có, tên Bảo hiểm	
6	Ô tô? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có	Kiểu dáng	Mẫu mã	Năm	Số tiền nợ
7	Nếu có, vui lòng liệt kê Mẫu mã/Kiểu dáng/Năm/Số tiền còn nợ>>>				
8	Nếu có, vui lòng liệt kê Mẫu mã/Kiểu dáng/Năm/Số tiền còn nợ>>>				

Ước tính số tiền hóa đơn y tế trong **BA THÁNG TRƯỚC**: \$ \_\_\_\_\_

CHÚNG TÔI CÓ THỂ LIÊN HỆ VỚI AI NẾU CHÚNG TÔI CẦN LIÊN HỆ VỚI QUÝ VỊ?

Tên: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

**XÁC NHẬN & TIẾT LỘ THÔNG TIN**

Tôi xác nhận rằng những thông tin nêu trên là chính xác. Tôi cũng cho phép Driscoll Children's Hospital tiết lộ bất kỳ thông tin y tế hoặc tài chính nào cần thiết để giúp bệnh viện tìm được hỗ trợ nhằm thanh toán viện phí cho con tôi.

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ: X \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Phần Chỉ để Văn phòng Sử dụng: Tên Người đánh giá:**

**Đạt yêu cầu?**  Không  Có \_\_\_%