



SCL Health  
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300  
Broomfield, CO 80021-3408

Xin cảm ơn quý vị đã chọn SCL Health làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Hệ thống Sisters of Charity of Leavenworth Health System tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng và vừa túi tiền cho cộng đồng. Chúng tôi ở đây để giúp đỡ những ai cần được hỗ trợ tài chính và giúp những ai có thể có thắc mắc hoặc cần hướng dẫn lựa chọn chăm sóc sức khỏe cho bản thân họ và gia đình họ.

SCL Health có một chương trình giúp những bệnh nhân nào cần hỗ trợ tài chính tranh toán toàn bộ hoặc một phần hóa đơn. Để làm đơn tham gia chương trình, vui lòng điền thông tin trên đơn xin hỗ trợ tài chính kèm theo.

Để xử lý đơn của quý vị, chúng tôi cũng yêu cầu giấy tờ chứng minh. Có thể tìm thấy danh sách các giấy tờ bắt buộc ở trang bốn (4). Chúng tôi phải nhận được thông tin này trong vòng 15 ngày kể từ ngày có thư này nếu nhận trực tiếp. Nếu quý vị thấy rằng mình cần giải thích thêm về hoàn cảnh của quý vị để được hỗ trợ tài chính, chúng tôi có chừa chỗ trống ở cuối đơn.

Điều quan trọng là phải điền hết đơn và gửi lại cùng với các giấy tờ bắt buộc. Không làm như thế sẽ làm chậm quy trình xử lý đơn và có thể là lý do dẫn đến bác đơn. Chúng tôi sẽ bác đơn không có chữ ký.

Nếu vì bất kỳ lý do gì không thể thu thập thông tin bên trên, vui lòng gọi cho Trung Tâm Sở Thuế theo số 303-813-5400 hoặc 1-866-665-2636 trong khoảng từ 8 giờ sáng đến 4:30 chiều. Chúng tôi sẽ sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Một khi đã có quyết định về tài khoản của quý vị, quý vị sẽ được thông báo qua đường bưu điện về kết quả quyết định của chúng tôi.

Trân trọng kính chào,

Điều Phối Viên Tài Chính  
SCL Health

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính Chăm Sóc Sức Khỏe

## THÔNG TIN TỔNG QUÁT

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Số Tài Khoản \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_ Quận \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nơi Làm Việc \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Độc thân     Đã Kết Hôn/Người Quan Trọng Khác     Đã Ly Hôn/ Ly Thân     Góa

Tên của Bên Hữu Trách \_\_\_\_\_ Quan hệ \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Nơi Làm Việc \_\_\_\_\_

Tên của Vợ/Chồng \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Nơi Làm Việc \_\_\_\_\_

Tên và tuổi của những người phụ thuộc sống với quý vị mà quý vị là người phụ trách của họ. Vui lòng bao gồm ngày sinh:

Tên	Độ tuổi	Ngày Sinh
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

## THU NHẬP

AGI (Adjusted Gross Income - Thu Nhập Gộp Đã Điều Chỉnh) báo cáo cho IRS (được tìm thấy trên Mẫu Đơn 1040) \_\_\_\_\_

Nếu quý vị chưa nộp bản khai thuế, vui lòng giải thích \_\_\_\_\_

Chủ Hãng Sở Hiện Tại \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại \_\_\_\_\_ Nghề nghiệp \_\_\_\_\_

Thời Gian Làm Việc \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng Toàn Thời Gian / Bán Thời Gian \_\_\_\_\_

Số giờ có lịch làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_

Nếu thất nghiệp, ngày thất nghiệp: \_\_\_\_\_ Quý vị có đang nhận được bảo hiểm thất nghiệp không Có / Không \_\_\_\_\_

Nếu CÓ – Ngày bắt đầu \_\_\_\_\_ Số tiền nhận hàng tuần \_\_\_\_\_

Chủ Hãng Sở Hiện Tại của Vợ/Chồng/Người Quan Trọng Khác \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại \_\_\_\_\_ Nghề nghiệp \_\_\_\_\_

Thời Gian Làm Việc \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ tháng Toàn Thời Gian / Bán Thời Gian \_\_\_\_\_

Số giờ có lịch làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_

Nếu thất nghiệp, ngày thất nghiệp: \_\_\_\_\_ Quý vị có đang nhận được bảo hiểm thất nghiệp không Có / Không \_\_\_\_\_

Nếu CÓ – Ngày bắt đầu \_\_\_\_\_ Số tiền nhận hàng tuần \_\_\_\_\_

Thu Nhập Hàng Tháng	Của quý vị	Vợ/chồng
Tổng Lương		
Tiền Cấp Dưỡng / Chu Cấp Nuôi Con		
An Sinh Xã Hội		
Bảo Hiểm Thất Nghiệp / Bồi Thường Tai Nạn Lao Động		
Hưu Trí/Lương Hưu		
Tiền Lãi / Tiền Cho Thuê		
Hỗ Trợ Công		
Khác		
Tổng Hàng Tháng		

Tài sản	Giá Trị/Số Dư
Nhà Hiện Tại	
Bất Động Sản Khác (đất đầu tư, cho thuê, v.v.)	
Xe	
Đầu Tư – Cổ Phiếu, Trái Phiếu, Quỹ Tương Hỗ, 401K, IRA, Niên Kim	
Tài Khoản Tiết Kiệm 1	
Tài Khoản Tiết Kiệm 2	
Tài Khoản Tiết Kiệm 3	
Khác	
Khác	

(Office use only) Annual Total \_\_\_\_\_

(Chỉ dành cho văn phòng sử dụng) Tổng Hàng Năm

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

## CHI PHÍ

Tên của Người Cho Vay Thế Chấp hoặc Chủ Đất \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

	Khoản Thanh Toán Hàng Tháng	Số Dư Còn Nợ	Hiện tại Có / Không
Vay Thế Chấp / Tiền Thuê Nhà			
HOA			
Bảo Hiểm Cho Người Thuê Nhà			
Điện Thoại Nhà			
Điện Thoại Di Động			
Điện Thoại Nơi Làm Việc			
Điện / Ga			
Nước			
Internet			
TV Cáp/Vệ Tinh			
Thức ăn			
Vay Mua Xe Hơi			
Vay Mua Xe Hơi			
Đi Lại - Xăng			
Bảo Hiểm Nhân Thọ			
Bảo Hiểm Y Tế			
Bảo Hiểm Xe			
Hóa Đơn Y Tế			
Toa thuốc			
Chăm Sóc Trẻ			
Chi Phí / Vay Đi Học			
Tiền Cấp Dưỡng / Chu Cấp Nuôi Con			
Hóa Đơn Thẻ Tín Dụng			
Khác			
Khác			
Tổng Hàng Tháng			

(Office use only) Annual Total \_\_\_\_\_

(Chỉ dành cho văn phòng sử dụng) Tổng Hàng Năm

## Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

### KHÁC

Quý vị có nhận được tem phiếu thực phẩm không?  Có  Không

Quý vị có quyền lợi bảo hiểm y tế hay không?  Có  Không

Nếu không, quý vị đã làm đơn tham gia bảo hiểm Medicaid chưa? \_\_\_\_\_ Ngày Làm Đơn \_\_\_\_\_

Nếu quyền lợi bảo hiểm bị từ chối, lý do là gì? \_\_\_\_\_

Ngày bị từ chối Medicaid \_\_\_\_\_

Tài khoản này có phải là kết quả của Yêu Cầu Bồi Thường Tai Nạn Lao Động và/hoặc Bảo Hiểm Xe hay không?  Có

Không

Nếu có – Quý vị có thuê luật sư chưa?  Có  Không

### CÁC GIẤY TỜ BẮT BUỘC:

- Đơn đã điền, ký tên và ghi ngày tháng
- Bản sao 3 tháng cuối của cùi tiền lương cho quý vị, vợ/chồng và/hoặc người quan trọng khác
- bản kê tài khoản ngân hàng trong 3 tháng (bao gồm tài khoản cá nhân/tiết kiệm/kinh doanh, có tên chủ tài khoản và số tài khoản
- Bản sao của giấy quyết định – Bảo hiểm thất nghiệp, An Sinh Xã Hội, v.v., cho thấy quyền lợi bảo hiểm hàng tháng
- Chu Cấp Nuôi Con / Cấp Dưỡng Theo Lệnh Tòa
- Phải nộp bản sao của các bản khai thuế năm trước (tất cả các trang) kèm theo đơn này. Chúng tôi không chấp nhận các mẫu đơn W2.
- Nếu thất nghiệp và/hoặc sống với bạn bè hoặc gia đình, phải điền trang ba (3) của phần “Chi Phí”

### Nếu thất nghiệp và sống với gia đình hoặc bạn bè

Phải điền trang ba (3) của đơn đăng ký hỗ trợ tài chính cho thấy nội dung phản ánh của vay thế chấp/tiền thuê nhà hàng tháng, sao kê hóa đơn điện/ga và truyền hình cáp. (Vui lòng không cung cấp biên nhận)

### Nếu Đang Đơn hoặc Vợ/Chồng tự kinh doanh:

Phải cung cấp bản sao của sổ cái công ty trong ba (3) tháng vừa qua

### Cư Trú Ngoài Hoa Kỳ

Cung cấp một bản ID có dán hình của quý vị. Hộ Chiếu, Visa, v.v.

**Chúng tôi sẽ bác các đơn nào không hoàn chỉnh.**

Quý vị phải ký tên để hoàn tất đơn này.

Chữ ký của tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thực theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi. Tôi hiểu rằng SCL Health System cần phải xác minh thu nhập trước khi đưa ra bất kỳ quyết định nào. Tôi cũng hiểu rằng tín dụng của tôi có thể được đánh giá, miễn phí cho tôi, để xác minh thông tin bên trên.

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Vui lòng sử dụng chỗ trống bên dưới nếu cần:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OFFICE USE ONLY:**

Family Size \_\_\_\_\_ Income \_\_\_\_\_ Yearly Expenses \_\_\_\_\_ Poverty Level \_\_\_\_\_

Out Pt. Responsibility \_\_\_\_\_ In Pt. Responsibility \_\_\_\_\_ Clinic Responsibility \_\_\_\_\_ Level: \_\_\_\_\_

Special Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Financial Coordinator Name: \_\_\_\_\_  Approved  Denied

Decision Date \_\_\_\_\_

**CHỈ ĐỂ SỬ DỤNG TẠI VĂN PHÒNG:**

Quy Mô Gia Đình \_\_\_\_\_ Thu nhập \_\_\_\_\_ Chi Phí Hàng Năm \_\_\_\_\_ Mức Nghèo Khổ \_\_\_\_\_

Trách Nhiệm Bệnh Nhân Ngoại Trú \_\_\_\_\_ Trách Nhiệm Bệnh Nhân Nội Trú \_\_\_\_\_ Trách Nhiệm của Phòng

Mạch \_\_\_\_\_ Cấp độ: \_\_\_\_\_

Ghi Chú Đặc Biệt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tên của Điều Phối Viên Tài Chính: \_\_\_\_\_  Đã duyệt  Đã từ chối

Ngày Quyết Định \_\_\_\_\_