



**Vui lòng hoàn thành, ký và gửi lại đơn này cùng với các tài liệu bắt buộc sau:**

- **Thu nhập (Bao gồm tất cả các giấy tờ sau đây mà quý vị hiện nhận được):**
  - Bản sao 2 cuống séc tiền lương hoặc bản sao mẫu W-2 từ năm thuế hiện tại đã nộp bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng bệnh nhân và/hoặc người bảo lãnh bệnh nhân (cha mẹ của trẻ em dưới 18 tuổi) sống trong hộ gia đình.
  - Bản sao của mẫu Thuế Liên bang 1040 hiện tại của quý vị, nếu thuộc diện tự doanh.
  - Giấy tờ về An sinh Xã hội/Khuyết tật An sinh Xã hội hoặc bất kỳ thu nhập bổ sung nào khác của hộ gia đình.
- **Bản sao Hóa đơn Thế chấp/Cho thuê, hoặc bản sao Báo cáo Thuế tài sản nếu nhà không còn được thế chấp.**
- **Bản sao thư chấp thuận hoặc từ chối, nếu quý vị đã làm đơn xin Hỗ trợ Tài chính.**

*Nếu quý vị không thể cung cấp bất kỳ giấy tờ nào được yêu cầu ở trên, vui lòng hoàn thành mẫu FAF 116, tại trang 3 bên dưới.*

**Thông tin Bệnh nhân**

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Số An sinh Xã hội:	Ngày sinh:	

**Người bảo lãnh (Cha mẹ Hợp pháp, Người giám hộ hoặc Người được ủy quyền)** Nếu là chính Bệnh nhân, hãy chuyển sang Phần II; điền thông tin cho tất cả các trường.

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Số An sinh Xã hội:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:

**Phần II (Thông tin Bệnh nhân/Người bảo lãnh)**

Địa chỉ Đường phố:	Căn hộ:	
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Điện thoại Nhà riêng: ( )	Điện thoại Di động: ( )	Tình trạng Hôn nhân:
Tên và Địa chỉ của Chủ sử dụng Lao động:		
Thu nhập gộp Hàng tháng: \$	Thu nhập ròng Hàng tháng: \$	
Vị trí/Chức vụ:	Độ dài Thời gian làm Công việc Hiện tại:	
Quý vị có phải là người Cư trú Hợp pháp của Hoa Kỳ không: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

**Vợ/Chồng**

Họ:	Tên:	Tên đệm viết tắt:
Tên/Địa chỉ Chủ sử dụng Lao động:	Số điện thoại:	
Vị trí/Chức vụ:	Độ dài Thời gian Làm việc:	
Thu nhập gộp Hàng tháng: \$	Thu nhập ròng Hàng tháng: \$	

**Thông tin Hộ gia đình (Tên và Ngày sinh của tất cả mọi người trong hộ gia đình, trừ bản thân hoặc vợ/chồng)**

Tên:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:
Tên:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:
Tên:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:
Tên:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:
Tên:	Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:

**Thu nhập Hộ gia đình Bổ sung**

Số dư Tài khoản Thanh toán:	Số tiền Thất nghiệp Hàng tháng:
Số dư Tài khoản Tiết kiệm:	Số tiền An sinh Xã hội Hàng tháng:
Hỗ trợ công/Tem phiếu Thực phẩm:	Số tiền Bồi thường cho Người lao động Hàng tháng:
Tiền lương hưu Hàng tháng/Hàng năm:	Các khoản khác:

**Tiền thế chấp/Thuê nhà (Yêu cầu bản sao giấy thanh toán tiền Thế chấp/Thuê nhà)**

Thanh toán tiền Thế chấp/Thuê nhà:	
------------------------------------	--

**Thông tin Bảo hiểm Sức khỏe (Yêu cầu cung cấp bản sao thư Chấp thuận hoặc Từ chối Hỗ trợ Y tế đã nhận được)**

Tên công ty:	Ngày hiệu lực:
Có phải Quý vị đã nộp đơn xin Hỗ trợ Y tế: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Khi nào:
Ở đâu:	Tên và Số điện thoại của Nhân viên Xã hội:
Kết quả/Lý do Từ chối:	

**Thông tin về Tình trạng Khuyết tật**

Có phải Bệnh nhân là Người khuyết tật: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Độ dài Thời gian Khuyết tật:
Tên của Bác sĩ:	Số điện thoại của Bác sĩ:

**Trách nhiệm của Bên thứ ba (Tai nạn Ô tô, Bồi thường cho Người lao động, Thương tật Thân thể hoặc các yêu cầu bồi thường hợp pháp khác)**

Có phải Thương tật/Bệnh tật là do Tai nạn Ô tô?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày xảy ra Sự việc:
Có phải Thương tật/Bệnh tật xảy ra tại nơi làm việc?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày xảy ra Sự việc:
Có phải Thương tật/Bệnh tật là do Tội phạm Hình sự?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày xảy ra Sự việc:
Thương tật/Bệnh tật có dẫn đến kiện tụng không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày xảy ra Sự việc:

**Yêu cầu Bồi thường Trách nhiệm Pháp lý của Bên thứ ba không hội đủ điều kiện để nhận Hỗ trợ Tài chính cho đến khi đã dùng hết tất cả các phương tiện thanh toán. Việc không tiết lộ thông tin liên quan đến bất kỳ yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý của bên thứ ba nào sẽ được coi là bệnh nhân không hội đủ điều kiện nhận Hỗ trợ Tài chính.**

Tôi xin tuyên bố rằng tôi đã xem xét đơn này, và theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả thông tin trong đó hoặc thông tin khác đã được cung cấp cho UMMS và các phòng khám của họ là đúng, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng việc trình bày sai lệch thông tin này có thể dẫn đến hủy bỏ bất kỳ hỗ trợ tài chính nào mà tôi có thể nhận được và rằng sau đó tôi sẽ phải chịu trách nhiệm đối với mọi khoản phí y tế. Bằng việc ký và nộp yêu cầu này, tôi cho phép UMMS và các phòng khám của họ xác định nhu cầu được hỗ trợ tài chính của tôi; bao gồm cả việc xem xét hồ sơ tín dụng của tôi. Tôi cũng cho phép UMMS công bố hoặc tiết lộ thông tin này cho University Physicians Inc. với mục đích đánh giá tình trạng tài chính của tôi để hỗ trợ các hóa đơn từ bác sĩ của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho UMMS về mọi sự thay đổi tình trạng liên quan đến thu nhập hay tài sản của tôi trong thời gian đơn này được xử lý.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Bệnh nhân/Người bảo lãnh (bắt buộc)

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Vợ/Chồng (bắt buộc)

\_\_\_\_\_  
Ngày

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi gì hay cần giúp đỡ trong việc hoàn thành đơn này, vui lòng gọi cho Phòng Hỗ trợ Tài chính theo số (410) 821-4140, số máy lẻ 2003, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng - 4:30 chiều.

**Quý vị có thể gửi đơn đăng ký này cùng với các giấy tờ được yêu cầu qua đường bưu điện, qua email hoặc gửi fax theo thông tin dưới đây:**

**Gửi qua đường bưu điện:** UMMS  
11311 McCormick Road, Suite 230  
Hunt Valley, MD 21031  
**Email:** [CBOService@umm.edu](mailto:CBOService@umm.edu)  
**Fax:** 410-630-5341

## Xác minh Nội dung Khai báo về Đời sống, Tài chính và Thu nhập

Mẫu này cần phải được hoàn thành bởi người nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính, là người:

- Nhận được trợ giúp về thực phẩm và/hoặc chỗ ở
- Hiện đang thất nghiệp
- Có hóa đơn của bệnh viện do thương tật bởi tai nạn ô tô, bồi thường cho người lao động, thương tật cá nhân, hoặc bất kỳ yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý nào khác của bên thứ ba

### Thông tin Bệnh nhân:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số điện thoại Di động: \_\_\_\_\_  
Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Chữ ký của Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

### **Nếu nhận được sự hỗ trợ về thực phẩm và chỗ ở, vui lòng hoàn thành các mục sau:**

Tôi đang nhận được sự hỗ trợ từ \_\_\_\_\_, là người đang hỗ trợ tôi về thực phẩm và chỗ ở. Quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_.

(Đánh dấu một câu trả lời)

\_\_\_\_\_ Cung cấp phòng và đồ ăn miễn phí

\_\_\_\_\_ Tôi đang trả \$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng cho tiền phòng và đồ ăn

\_\_\_\_\_ Nếu khác, vui lòng giải thích dưới đây:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Nếu thất nghiệp và không có thu nhập, vui lòng hoàn thành các mục sau:**

(Đánh dấu một câu trả lời) \_\_\_\_\_ Tôi đã thất nghiệp từ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ và nhận được hỗ trợ về thực phẩm và chỗ ở như ở trên. Ngày dự định quay trở lại làm việc? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tôi đã thất nghiệp từ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ và sống bằng tiền tiết kiệm hoặc các tài sản bằng tiền khác.

Vui lòng giải thích chi tiết: \_\_\_\_\_

Ngày dự định quay trở lại làm việc? \_\_\_\_\_

Tại sao quý vị không nhận được thu nhập thất nghiệp?

(Đánh dấu một câu trả lời) \_\_\_\_\_ Hết hạn Tư cách đủ điều kiện - Bệnh nhân đã dùng hết tất cả các quyền lợi thất nghiệp hội đủ điều kiện.

\_\_\_\_\_ Không hội đủ điều kiện, lý do: \_\_\_\_\_

### **Nếu quý vị có yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý bên thứ ba (Tai nạn ô tô, bồi thường cho người lao động, thương tật cá nhân), vui lòng hoàn thành các mục sau:**

**Luật sư:** Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

**Công ty Bảo hiểm:** Tên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

**Ngày thanh toán dự kiến:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_