



**Vui lòng hoàn thành, ký và gửi lại đơn này cùng với các tài liệu yêu cầu 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 mới nhất đã nộp đối với tất cả những người làm đơn xin; bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng bệnh nhân, người bảo lãnh bệnh nhân (Bố mẹ của trẻ em dưới 21 tuổi) sống trong hộ gia đình. 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/Thuê Nhà.**

• **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 tài liệu yêu cầu nào ở trên, vui lòng hoàn thành đơn FAF 116 đính kèm.*

**Thông Tin Bệnh Nhân**

Họ:	Tên:	Tên Đệm Viết Tắt:
Số An Sinh Xã Hội:	Ngày Sinh:	

**Người Bảo Lãnh (Bên Chịu Trách Nhiệm)** Nếu giống với Bệnh Nhân, chuyển sang Phần II, nếu không, hoàn thành tất cả các mục.

Họ:	Tên:	Tên Đệm Viết Tắt:
Số An Sinh Xã Hội:	Ngày Sinh:	Quan Hệ với Bệnh Nhân:

**Phần II** (Yêu cầu bản sao (các) mẫu W-2 từ năm mới nhất đã nộp HOẶC hai cuống séc tiền lương mới nhất)

Địa Chỉ Phố:	Căn Hộ:	
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
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 Công Việc Hiện Tại:	
Quý vị có phải là người Cư Trú Hợp Pháp của Hoa Kỳ: 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 Thực Phẩm:	Số Tiền Bồi Hoàn Người Lao Động Hàng Tháng:
Số Tiền Hỗ Trợ Trẻ Em Hàng Tháng:	Các Khoản Khác:

### Chi Phí Hàng Tháng (Yêu cầu bản sao giấy thanh toán Thế Chấp/Thuê Nhà)

Thanh Toán Thế Chấp/Thuê Nhà:	Cáp:
Tiện Ích:	Visa:
Điện Thoại:	Mastercard:
Điện Thoại Di Động:	Cửa Hàng Bách Hóa:
Thanh Toán Tiền Xe:	Các Khoản Khác:

### Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe (Yêu cầu bản sao thư Chấp Thuận hay Từ Chối Hỗ Trợ Y Tế đã nhận được)

Tên Công Ty:	Ngày Hiệu Lực:
Quý vị đã làm đơn xin Hỗ Trợ Y Tế: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Khi nào:
Ở đâu:	Tên và Số Điện Thoại Nhân Viên Xã Hội:
Kết Quả/Lý Do Từ Chối:	

### Thông Tin Khuyết Tật

Bệnh Nhân là Người Khuyết Tật: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	Độ Dài Thời Gian Khuyết Tật:
Tên Bác Sĩ:	Số Điện Thoại Bác Sĩ:

### Trách Nhiệm Bên Thứ Ba (Tai Nạn Ô Tô, Bồi Hoàn Người Lao Động, Thương Tật Thể Chất hoặc các yêu cầu bồi thường pháp lý khác)

Thương Tật/Bệnh Tật do Tai Nạn Ô Tô	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày Sự Cố:
Thương Tật/Bệnh Tật xảy ra tại nơi làm việc?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày Sự Cố:
Thương Tật/Bệnh Tật do Tội Hình Sự?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày Sự Cố:
Thương Tật/Bệnh Tật dẫn đến kiện tụng?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Ngày Sự Cố:

**Yêu Cầu Bồi Thường 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 pháp lý 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 nghiên cứu 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 đơn vị của họ là đúng, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng việc trình bày sai lệch thông tin này có thể hủy bỏ bất kỳ hỗ trợ tài chính nào mà tôi có thể được cung cấp 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 trao cho UMMS và các cơ sở của họ quyền xác định nhu cầu của tôi đối với hỗ trợ tài chính; bao gồm 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 trách nhiệm của mình là phải thông báo cho UMMS về mọi sự thay đổi tình trạng liên quan đến thu nhập hay tài sản của tôi trong khi đơn này đang được xử lý.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh

Ngày

Chữ Ký của Vợ/Chồng

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, Thứ 2 đến Thứ 6, 8:00 sáng - 4:30 chiều. Gửi đơn này qua đường bưu điện, **cùng với các giấy tờ được yêu cầu đến: UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.**