

TÀI CHÍNH



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Đơn Yêu cầu Hỗ trợ Tài chính
Johns Hopkins Medicine**

Vui lòng điền đầy đủ các mẫu đơn đính kèm và hoàn gửi cùng với các chứng từ ghi rõ bên dưới.

Các mẫu đơn bao gồm:

Đơn Yêu cầu Hỗ trợ Tài chính (đính kèm)

Các chứng từ bao gồm:

1. Bản sao hoàn thuế năm trước. (Nếu đã kết hôn và làm hồ sơ riêng, vui lòng cung cấp bản sao hoàn thuế của cả hai).
2. Bản sao kê ba (3) kỳ chi trả lương, thư của nhà tuyển dụng hoặc chứng minh tình trạng thất nghiệp.
1. Bản sao thư cấp an sinh xã hội (nếu có)
2. Bản sao thư quyết định của Cơ quan Hỗ trợ Y tế hoặc An sinh Xã hội
3. Chứng minh chi phí sinh hoạt hàng tháng ghi nhận theo đơn của bạn chẳng hạn như bản sao hóa đơn điện thoại, hóa đơn điện và khí đốt, hoặc thanh toán thuê nhà/khoản vay.
4. Bản sao các chi phí y tế chưa thanh toán.
5. Bản sao tất cả thẻ bảo hiểm y tế.
6. Chứng minh cư trú chẳng hạn như thẻ căn cước, bằng lái xe, giấy khai sinh hoặc tình trạng thường trú hợp pháp (thẻ xanh).

**VUI LÒNG GỬI THƯ CÁC THÔNG TIN ĐẾN:
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211**

ĐỊA CHỈ HỘP THƯ:
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

EMAIL: financialassistance@jhmi.edu

ĐIỆN THOẠI: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250

	Khoản hàng tháng
Tình trạng tuyển dụng	_____
Trợ cấp Nghỉ hưu/Lương hưu	_____
Trợ cấp An sinh Xã hội	_____
Trợ cấp Hỗ trợ Công	_____
Trợ cấp Tàn tật	_____
Trợ cấp Thất nghiệp	_____
Trợ cấp Cựu chiến binh	_____
Cấp dưỡng	_____
Trợ cấp Chi phí Thuê nhà	_____
Trợ cấp Đình công	_____
Trợ cấp Quân đội	_____
Làm nông hoặc Tự kinh doanh	_____
Các nguồn thu nhập tự phát khác	_____
Tổng cộng	_____

II. Tài sản Lưu động

	Số dư hiện tại
Tài khoản séc	_____
Tài khoản tiết kiệm	_____
Cổ phiếu, Trái phiếu, Chứng chỉ Tiền gửi, hoặc Tiền tệ	_____
Các tài khoản khác	_____
Tổng cộng	_____

III. Các tài sản khác

Nếu bạn sở hữu bất kỳ mục nào sau đây, vui lòng liệt kê loại và giá trị xấp xỉ.

Nhà	Khoản cho vay _____	Giá trị xấp xỉ _____
Xe hơi	Thương hiệu _____ Năm _____	Giá trị xấp xỉ _____
Phương tiện phụ trợ	Thương hiệu _____ Năm _____	Giá trị xấp xỉ _____
Phương tiện phụ trợ	Thương hiệu _____ Năm _____	Giá trị xấp xỉ _____

Tài sản khác	Giá trị xấp xỉ _____
Tổng cộng	_____

IV. Chi phí hàng tháng

	Khoản
Thuê nhà hoặc Vay mua nhà	_____
Điện nước	_____
Thanh toán mua xe	_____
Thẻ tín dụng	_____
Bảo hiểm xe	_____
Bảo hiểm Sức khỏe	_____
Các chi phí y tế khác	_____
Các chi phí khác	_____
Bạn có các hóa đơn y tế chưa thanh toán khác không?	CÓ KHÔNG

Cho dịch vụ nào? _____

Bạn có kế hoạch thanh toán không? Khoản thanh toán hàng tháng là bao nhiêu? _____

Dành cho tình trạng khó khăn phù hợp hỗ trợ tài chính y tế:

Thu nhập gia đình trong mười hai (12) tháng dương lịch trước thời điểm nộp đơn này: _____

Nợ chi phí y tế phát sinh tại Johns Hopkins (không bao gồm đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, hoặc khấu trừ) trong mười hai (12) tháng dương lịch trước thời điểm nộp đơn này:

Ngày cung cấp dịch vụ	Khoản nợ
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Dành cho tình trạng phù hợp hỗ trợ tài chính

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1. Tuổi của bệnh nhân? | |
| 2. Bệnh nhân có thai? | Có hoặc Không |
| 3. Bệnh nhân có con dưới 21 tuổi sống tại nhà? | Có hoặc Không |
| 4. Bệnh nhân bị mù hoặc tàn tật trong 12 tháng hoặc hơn do làm việc? | Có hoặc Không |
| 5. Bệnh nhân hiện có đang nhận Trợ cấp An sinh hoặc Trợ cấp Khuyết tật? | Có hoặc Không |
| 6. Bệnh nhân (nếu đã kết hôn, cùng vợ/chồng) có tổng tài khoản ngân hàng hoặc tài sản có thể quy đổi thành tiền mặt vượt quá các khoản sau đây không? | Có hoặc Không |

Quy mô gia đình:

Cá nhân: \$2,500.00

Hai người: \$3,000.00

Với mỗi thành viên gia đình khác, thêm \$100.00

(Ví dụ: với gia đình bốn người, nếu bạn có tổng tài sản lưu động dưới \$3,200.00, bạn nên trả lời CÓ.)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 7. Bệnh nhân là cư dân Bang Maryland?
Nếu không phải là cư dân Maryland, bệnh nhân đang cư trú tại bang nào? | Có hoặc Không |
| 8. Bệnh nhân là người vô gia cư? | Có hoặc Không |
| 9. Bệnh nhân có tham gia Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em? | Có hoặc Không |
| 10. Hộ gia đình có trẻ em thuộc diện hỗ trợ bữa ăn miễn phí hoặc tối thiểu? | Có hoặc Không |
| 11. Hộ gia đình có tham gia chương trình hỗ trợ năng lượng cho người thu nhập thấp? | Có hoặc Không |
| 12. Bệnh nhân có nhận tem phiếu hỗ trợ bữa ăn? | Có hoặc Không |
| 13. Bệnh nhân có thuộc chương trình Healthy Howard, Chase Brexton? | Có hoặc Không |
| 14. Bệnh nhân có được giới thiệu từ Hội từ thiện Công giáo, Tổ chức Y tế Lưu động, Chương trình Chữa trị Ung thư Montgomery, Tổ chức Chăm sóc Y tế Cơ bản, Chương trình Chăm sóc Y tế Montgomery, Project Access, hoặc Proyecto Salud? | Có hoặc Không |
| 15. Bệnh nhân hiện có:
Chương trình Hỗ trợ Y tế Thuốc men
QMB/SMLB | Có hoặc Không
Có hoặc Không |
| 16. Bệnh nhân có việc làm không?
Nếu không, ghi rõ ngày thất nghiệp.
Thuộc diện chi trả bảo hiểm sức khỏe COBRA? | Có hoặc Không
Có hoặc Không |

Tất cả hồ sơ được nộp sẽ thuộc đơn yêu cầu hỗ trợ này.

Nếu bạn yêu cầu được hỗ trợ tài chính mở rộng thêm, JHM có thể yêu cầu thêm thông tin để có thể ra quyết định kèm theo. Ký đơn này nghĩa là bạn xác nhận các thông tin đã cung cấp là thực và đồng ý thông báo cho JHM về bất kỳ thay đổi thông tin nào trong vòng mười ngày kể từ ngày phát sinh thay đổi. Tất cả thông tin cung cấp trong đơn yêu cầu hỗ trợ là thực và chính xác hết mức có thể theo khả năng và thông tin hiện có của tôi.

Chữ ký người nộp đơn

Ngày

Quan hệ với Bệnh nhân