



Riverside Community Hospital
P.O. Box 290969
Nashville, TN 37229

Kính gửi Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm:

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn Riverside Community Hospital cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe gần đây của quý vị. Sau khi xem xét tài khoản của quý vị, chúng tôi nhận thấy quý vị có thể đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính. Để được xem xét tham gia chương trình hỗ trợ tài chính của chúng tôi, vui lòng hoàn thành, ký và gửi lại Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính đính kèm và cung cấp các tài liệu hỗ trợ phù hợp. Chúng tôi yêu cầu quý vị gửi các thông tin này trong vòng mười bốn (14) ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn nhưng sẽ chấp nhận đơn đăng ký của quý vị bất cứ lúc nào.

Tài liệu hỗ trợ được ưu tiên là Tờ Khai Thuế Thu Nhập hiện tại của quý vị. Tờ Khai Thuế Thu Nhập hiện tại được coi là tờ khai thuế cho năm quý vị nhận được hóa đơn bệnh nhân đầu tiên hoặc 12 tháng trước hóa đơn bệnh nhân đầu tiên. Nếu không thể cung cấp Tờ Khai Thuế Thu Nhập hiện tại, quý vị có thể cung cấp Tờ khai Thuế thu nhập năm gần nhất (nếu không phải là Tờ Khai Thuế Thu Nhập hiện tại theo định nghĩa ở trên); vui lòng cung cấp bất kỳ hai trong số các loại giấy tờ sau:

- * Các Phiếu Lương Gần Đây (hoặc các tài liệu bằng văn bản khác từ các nguồn thu nhập)
- * Hồ Trợ W-2
- * Hồ Trợ 1099
- * Bản sao của tất cả sao kê ngân hàng trong 3 tháng qua
- * Báo Cáo Tín Dụng Hiện Tại

Nếu vì bất kỳ lý do nào khiến quý vị không thể cung cấp cho chúng tôi thông tin được yêu cầu, vui lòng đính kèm một tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do tại sao quý vị không thể cung cấp các thông tin được yêu cầu.

Vui lòng cho phép chúng tôi có hai mươi mốt (21) ngày làm việc để xem xét. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định hỗ trợ tài chính của mình bằng văn bản. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc quan ngại nào, vui lòng liên hệ với Dịch Vụ Khách Hàng bất cứ lúc nào.

Trân trọng,
Dịch Vụ Khách Hàng
Điện thoại: 800-307-7135
Fax: 833-336-8190
Giờ làm việc: 8:30 sáng-5:00 chiều

PO Box 290969
NASHVILLE, TN 37229

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Tên Bệnh Viện: _____
Số Tài Khoản: _____
Tên Bệnh Nhân: _____
Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân: _____
Thông Tin về Bên Chịu Trách Nhiệm: _____
Số An Sinh Xã Hội Của Bên Chịu Trách Nhiệm: _____

“Gia đình của bệnh nhân” được định nghĩa như sau:

(1) Đối với người từ 18 tuổi trở lên, bao gồm vợ/chồng, bạn đời (theo định nghĩa tại Mục 297 của Bộ Luật Gia Đình (Family Code)) và con phụ thuộc dưới 21 tuổi hoặc ở bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật, phù hợp với Mục 1614(a), Phần A, Tiêu Đề XVI của Đạo Luật An Sinh Xã Hội (Social Security Act), bất kể có đang sống chung cùng gia đình hay không.

(2) Đối với người dưới 18 tuổi hoặc trẻ phụ thuộc trong độ tuổi từ 18 đến 20 (gồm cả 18 và 20), bao gồm cha mẹ, người thân chăm sóc và các con phụ thuộc khác của cha mẹ hoặc của người thân chăm sóc dưới 21 tuổi, hoặc ở bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật, phù hợp với Mục 1614(a) Phần A, Tiêu Đề XVI của Đạo Luật An Sinh Xã Hội.

Tên:	Tuổi:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Việc Làm (Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm)

Tên Chủ Lao Động:			
Lương Theo Giờ:		Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần:	
Tổng Thu Nhập Hàng Tuần, Hàng Tháng hoặc Hàng Năm Hiện Tại (trước thuế):			
Nếu thất nghiệp, ngày làm việc gần nhất:			

Việc Làm của Vợ/Chồng

Tên Chủ Lao Động:			
Lương Theo Giờ:		Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần:	
Tổng Thu Nhập Hàng Tuần, Hàng Tháng hoặc Hàng Năm Hiện Tại (trước thuế):			
Nếu thất nghiệp, ngày làm việc gần nhất:			

Loại Tài Liệu Hỗ Trợ Được Cung Cấp (chọn một mục phù hợp trong những mục sau)

Tài liệu ưu tiên cho tất cả bệnh nhân:

Tờ Khai Thuế Thu Nhập Gần Đây (Cho năm quý vị nhận được hóa đơn bệnh nhân đầu tiên hoặc 12 tháng trước hóa đơn bệnh nhân đầu tiên)	☐
Tờ Khai Thuế Thu Nhập Năm Gần Nhất	☐

Đối với những bệnh nhân không thể cung cấp các giấy tờ hỗ trợ ưu tiên nêu trên, vui lòng cung cấp hai giấy tờ hỗ trợ từ danh sách bên dưới:

Các Phiếu Lương Gần Đây (hoặc các tài liệu bằng văn bản khác từ nguồn thu nhập)	☐
Hỗ Trợ W-2	☐
Hỗ Trợ 1099	☐
Bản sao của tất cả sao kê ngân hàng trong 3 tháng gần nhất	☐
Báo Cáo Tín Dụng Hiện Tại	☐

Mặc dù không bắt buộc, quý vị đã nộp đơn xin Medicaid hoặc bắt kỳ Khoản Hỗ Trợ nào khác của Tiểu Bang/Quận chưa?

☐Có ☐Không

Nếu có và biết thông tin, Số Hồ Sơ: _____ Ngày Nộp Đơn: _____

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được gửi đi sẽ phải được xác minh. Trong quá trình xem xét, báo cáo tín dụng có thể được yêu cầu cung cấp để xác minh các thông tin trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng việc khai gian thông tin được gửi có thể gây ảnh hưởng đến việc xem xét tham gia chương trình của tôi. Hơn nữa, để đủ điều kiện tham gia chương trình này, tôi hiểu rằng tôi phải nộp đơn xin mọi khoản hỗ trợ có thể có để hỗ trợ thanh toán hóa đơn viện phí này trước khi hoàn tất đơn đăng ký.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____
(Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm,v.v.)