



## ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH BẢO MẬT

Tôi hiểu rằng Spectrum Health có thể kiểm chứng các thông tin đã nộp liên quan đến thu nhập hàng năm, số người trong gia đình và các tài sản của tôi. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin đã nộp bị xác nhận là sai sự thật thì đơn xin này sẽ bị từ chối và tôi sẽ vẫn chịu trách nhiệm thanh toán phần dư nợ tài khoản.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần được giúp đỡ để hoàn tất đơn xin này thì xin vui lòng liên lạc với chúng tôi qua điện thoại tại số 844-838-3115 hoặc gửi email đến [financialcounseling@spectrumhealth.org](mailto:financialcounseling@spectrumhealth.org).

PHẦN MỘT: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN (Xin viết chữ in hoa)			
Số tài khoản	(Các) ngày nhận dịch vụ	Số An Sinh Xã Hội	
Tên đầy đủ (Họ, Tên, Chữ lót)		Ngày sinh	
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện thoại nhà ( )	Điện thoại di động ( )	Điện thoại khác ( )	Quận/hạt
Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có vợ/chồng <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Khác _____	Quý vị có phải là người cư trú hợp pháp ở nước Mỹ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Vào lúc nhận dịch vụ, quý vị có bảo hiểm y tế hay bất kỳ loại bảo hiểm nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Quý vị có nộp Tờ Khai Thuế Liên Bang không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không thì tại sao? _____	Người đứng tên chính trên tờ khai thuế là ai? <input type="checkbox"/> Tôi <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Người khác: _____	Có bất kỳ người nào trong nhà được hưởng trợ cấp chính phủ không? <input type="checkbox"/> Tiền mặt <input type="checkbox"/> Thực phẩm <input type="checkbox"/> Trợ cấp khác: _____	

PHẦN HAI: THÔNG TIN VỀ GIA HỘ (Liệt kê tất cả những người đang sống ở gia hộ của quý vị)							
Tên thành viên gia hộ	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Người này có tên trong Tờ Khai Thuế Liên Bang của quý vị không?	Tên thành viên gia hộ	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Người này có tên trong Tờ Khai Thuế Liên Bang của quý vị không?
1.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	4.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	5.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	6.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu cần khai thêm bất kỳ thành viên gia hộ nào thì quý vị có thể đính kèm một trang giấy riêng.

PHẦN BA: CHI PHÍ (Liệt kê các chi phí hàng tháng của tất cả thành viên gia hộ) KHÔNG CẦN ĐIỀN PHẦN NÀY CHO CÁC PHÒNG KHÁM NHSC HAY MSLRP			
Tiền trả nợ nhà	Tiền trả nợ xe	Sưởi ấm	Điện thoại di động
Thuế bất động sản (cả năm)	Bảo hiểm xe hơi	Điện	Thực phẩm
Tiền thuê nhà/thuê lô đất	Xăng (xe)	Điện thoại	Học phí
Bảo hiểm cho chủ nhà/người thuê nhà	Dịch vụ giữ trẻ/tiền cấp dưỡng con	Nước sinh hoạt/nước thải/đỏ rác	Chi phí khác: _____
Bảo hiểm/chi phí y tế	Bảo hiểm nhân thọ	Dịch vụ cáp/dĩa vệ tinh/Internet	Chi phí khác: _____

<b>PHẦN BỐN: THU NHẬP (Liệt kê thu nhập của tất cả các thành viên gia hộ)</b>					
Nguồn thu nhập	Thu nhập của thành viên nào?	Tổng thu nhập hàng tháng hiện tại	Nguồn thu nhập hàng tháng	Thu nhập của thành viên nào?	Tổng thu nhập hàng tháng hiện tại
Lương			Lương		
Công việc tự do			Công việc tự do		
Tiền cấp dưỡng con hay vợ/chồng cũ			Tiền cấp dưỡng con hay vợ/chồng cũ		
Tiền An Sinh Xã Hội			Tiền An Sinh Xã Hội		
Khoản đầu tư/tiền lãi			Khoản đầu tư/tiền lãi		
Lương hưu/cổ tức			Lương hưu/cổ tức		
Tiền boa/hoa hồng			Tiền boa/hoa hồng		
Thu nhập từ bất động sản cho thuê			Thu nhập từ bất động sản cho thuê		
Thu nhập từ bộ lạc thổ dân			Thu nhập từ bộ lạc thổ dân		
Tiền thất nghiệp			Tiền thất nghiệp		
Tiền bồi thường tai nạn lao động			Tiền bồi thường tai nạn lao động		
Thu nhập khác: _____			Thu nhập khác: _____		
<b>PHẦN NĂM: TÀI SẢN GIA HỘ (Liệt kê các tài sản của tất cả thành viên gia hộ) KHÔNG CẦN ĐIỀN PHẦN NÀY CHO CÁC PHÒNG KHÁM NHSC HAY MSLRP</b>					
Nguồn tài sản	Tài sản thuộc quyền sở hữu của thành viên nào?	Giá trị tài sản hiện tại	Nguồn tài sản	Tài sản thuộc quyền sở hữu của thành viên nào?	Giá trị tài sản hiện tại
Tài khoản vãng lai			Giá trị bất động sản (nhà ở)		
Tài khoản vãng lai #2			Giá trị bất động sản #2		
Tài khoản tiết kiệm			Giá trị xe (chính)		
Tài khoản tiết kiệm #2			Giá trị xe #2		
Tài khoản chứng chỉ tiền gửi (CD)/Thị trường tiền tệ			Xe máy/ATV/thuyền/xe moóc		
Tài khoản 401k/403B/IRA/hưu trí			Bảo hiểm nhân thọ (giá trị giải ước)		
Cổ phiếu/trái phiếu/niên kim			Tài sản khác: _____		
Tài khoản HSA/ FSA			Tài sản khác: _____		
Bảng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả thông tin mà tôi khai trong đơn xin này cũng như trên bất kỳ trang đính kèm nào đều là sự thật.					
Chữ ký của người có trách nhiệm _____			Ngày _____		
Chữ ký của vợ/chồng _____			Ngày _____		

**Gửi lại cho: Spectrum Health**  
**Attn: Financial Counseling**  
 100 Michigan  
 Grand Rapids, MI 49503

**Đính kèm bản sao của:**

- \_\_\_\_\_ Tờ khai thuế gần đây nhất
- \_\_\_\_\_ Bản kê ngân hàng đầy đủ cho ba tháng
- \_\_\_\_\_ Bảng chứng về thu nhập (cuống phiếu trả lương, v.v.) cho ba tháng

- \_\_\_\_\_ Bản kê hiện tại cho tất cả các khoản đầu tư
- \_\_\_\_\_ Giấy xác nhận/từ chối trợ cấp Medicaid, nếu có
- \_\_\_\_\_ Lá thư từ người trợ cấp cho quý vị nếu quý vị không có thu nhập