

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính dành cho Cơ Sở Giáo Dục tại Colorado và Montana

Gửi lại thông tin về:
THƯ TIN: 500 El Dorado Blvd Ste 4300
 Broomfield, Co 80021
FAX: 303-272-0931
EMAIL: Peaks_financialassistanceapps@imail.org

Hướng dẫn hoàn thành biểu mẫu này:

Vui lòng điền đầy đủ biểu mẫu này và gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết đến cơ sở Intermountain nơi quý vị đã được chăm sóc hoặc theo một trong những phương thức liên lạc được liệt kê ở trên để đơn đăng ký của quý vị được xử lý. Quý vị cũng có thể đăng ký trực tuyến thông qua Mychart. Hỗ trợ tài chính sẽ không được trao cho những người không hoàn tất quy trình đăng ký.

Vui lòng nộp các tài liệu sau đây:

- Đơn đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính: được điền đầy đủ, ký tên và ghi ngày tháng.
- Xác minh Thu Nhập Hiện Tại của Hộ Gia Đình như được ghi dưới đây.

Số Tài Khoản _____	Quy Mô Hộ Gia Đình Hiện Tại _____	Đang trong Tình Trạng Vô Gia Cư? Có _____ Không _____	Quý vị có phải là Cư Dân Colorado? Có _____ Không _____
-----------------------	--------------------------------------	--	--

Tên và Họ _____	Số An Sinh Xã Hội _____	Ngày Sinh _____
--------------------	----------------------------	--------------------

Tình trạng hôn nhân: _____ Email: _____ Điện thoại nhà _____ Điện thoại di động _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____

Tên Hãng Sở _____ Điện thoại nơi làm việc _____

Quý vị đã được hãng sở này tuyển dụng bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____

Tần suất trả lương (vui lòng cho biết) _____ Hằng tuần _____ Hai tuần một lần _____ Hai lần một tháng _____ Hằng tháng _____

Quý vị đã sống ở địa chỉ này bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____ Nếu **dưới ba tháng**, vui lòng liệt kê địa chỉ:

Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	Từ (Tháng/Năm)	Đến (Tháng/Năm)

Họ tên _____ Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày sinh _____

Vợ/Chồng _____ của Vợ/Chồng _____ Vợ/Chồng _____

Điện thoại nhà của Vợ/Chồng _____ Điện thoại di động của Vợ/Chồng _____

Tên Hãng Sở của Vợ/Chồng _____ Điện thoại nơi làm việc _____

Quý vị đã được hãng sở này tuyển dụng bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____

Tần suất trả lương (vui lòng cho biết) _____ Hằng tuần _____ Hai tuần một lần _____ Hai lần một tháng _____ Hằng tháng _____

Các Thành Viên Hộ Gia Đình/Người Phụ Thuộc bổ sung. Vui lòng thêm bất cứ người phụ thuộc bổ sung nào trên một biểu mẫu riêng biệt.

Tên và Họ	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Mối quan hệ

Thu nhập hiện tại hàng tháng của hộ gia đình quý vị

Loại	Số tiền của Bệnh Nhân	Số tiền của Vợ/Chồng	Thành Viên Trưởng Thành Khác Trong Hộ Gia Đình	Loại Giấy Tờ Cần Thiết Để Xác Minh Thu Nhập
Thu Nhập Từ Việc Làm (Tổng)	\$	\$	\$	Bản sao cuống lương gần đây nhất hoặc cuối cùng <u>hoặc</u> thư từ hãng sở của quý vị xác nhận tổng thu nhập trong tháng cuối cùng hoặc tháng gần nhất

Thu Nhập Tự Làm Chủ (Tổng Cộng)	\$	\$	\$	Báo cáo lãi lỗ hoặc sổ cái cho tháng trước đó hoặc tháng gần nhất. Tờ khai thuế mới nhất nếu có.
Lương Hưu, Nghỉ Hưu, Thu Nhập An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$	Bản sao các thư thông báo trợ cấp mới nhất, các khoản thanh toán lương hưu, thanh toán từ tài khoản hưu trí, v.v. Thể hiện thu nhập hằng tháng.
Thất Nghiệp, Thu Nhập Từ Khuyết Tật, v.v. _____	\$	\$	\$	Bản sao các thư thông báo trợ cấp <u>mới nhất</u>
Khác (Vui lòng liệt kê nguồn): _____	\$	\$	\$	Ví dụ: Tiền boa, tiền thưởng và hoa hồng

Câu hỏi bổ sung: Trả lời các câu hỏi sau sẽ bảo đảm đơn đăng ký của quý vị không bị trì hoãn vì thiếu thông tin.	Có	Không
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có nhận các phúc lợi công không? (tức là Tem Phiếu Thực Phẩm, WIC hoặc Bữa Trưa Miễn Phí hoặc Giảm Giá)	☐	☐
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình hiện có bảo hiểm y tế không?	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê tên của hãng bảo hiểm của quý vị _____	☐
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào hiện trong hộ gia đình có nộp đơn xin trợ cấp Medicaid, Medicare, CHIP hoặc CHP+ không? <i>Nếu có và bị từ chối, vui lòng cung cấp thư từ chối</i>	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê ngày quý vị đã nộp đơn _____	☐
Có hóa đơn y tế nào của quý vị tại các cơ sở của chúng tôi liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc lao động không?	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê công ty bảo hiểm đó _____	☐
Quý vị có tham gia chương trình Medical Healthshare hoặc đóng góp chi phí không?	☐ Nếu có, vui lòng đưa ra giải thích về khoản đóng góp (EOS) _____	☐
Có ai trong nhà quý vị hiện đang mang thai không?	☐ Ai trong hộ gia đình đang mang thai? _____ Ngày dự sinh? _____	☐
Chỉ Dành Cho Cư Dân Colorado:		
Quý vị có chu cấp tài chính từ 50% trở lên cho người sống bên ngoài hộ gia đình mà quý vị muốn tính vào quy mô hộ gia đình của mình không (người này có thể sống ngoài tiểu bang/quốc gia)?	☐	☐

Chúng tôi yêu cầu những bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cũng tìm kiếm các nguồn tài trợ khác. Vui lòng đánh dấu mục “Có” hoặc “Không”.

Có hóa đơn y tế nào của quý vị liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc lao động không?
Quý vị có tham gia chương trình y tế Healthshare không?
Hãng sở của quý vị có hoàn trả cho quý vị bất kỳ khoản khấu trừ hoặc chi phí chăm sóc sức khỏe nào không?

☐ Có
☐ Có
☐ Có

☐ Không
☐ Không
☐ Không

Nếu có, hãy liệt kê công ty bảo hiểm: _____
Nếu có, vui lòng giải thích về khoản đóng góp (EOS)

Quý vị đã nộp đơn xin bất cứ chương trình trợ cấp nào khác của Tiểu Bang như Crime Victims chưa?

☐ Có
☐ Không - chuyển sang ô ở trên

Nếu cần, hãy dùng chỗ trống dưới đây để giải thích thêm về lý do quý vị yêu cầu hỗ trợ tài chính. Quý vị có thể đính kèm một tờ riêng nếu cần thêm chỗ. Có thể phải cần thêm giấy tờ xác minh bổ sung.

Theo đây tôi cam đoan rằng thông tin đưa ra ở đây là đúng và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu nếu tôi không trung thực hoặc cung cấp thông tin sai lệch để nhận hỗ trợ tài chính từ Intermountain Health, yêu cầu đó sẽ bị từ chối và có thể ảnh hưởng đến các yêu cầu xin trợ cấp trong tương lai. Tôi hiểu rằng Intermountain Health sẽ yêu cầu xác minh thu nhập trước khi đưa ra bất cứ quyết định nào.

Chữ ký của Đương Đơn Ngày

Danh sách kiểm tra tất cả những thông tin cần thiết để hoàn thành quy trình nộp đơn:

- ☐ Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính được điền đầy đủ, ký tên và ghi ngày tháng.
- ☐ Giấy xác minh thu nhập hộ gia đình.