

ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH
(FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION- VIETNAMESE)

VMC/OCH/SLRH Medical Record Number:

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN / APPLICANT INFORMATION

1. Quý vị có phải là cư dân Hạt Santa Clara? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	2. Giới <input type="checkbox"/> Nam / <input type="checkbox"/> Nữ	3. Họ và Tên (Họ, Tên, Chữ lót)	4. Họ của Mẹ	5. Vợ/Chồng / Sống chung	6. Ngôn ngữ chính?
7. Địa chỉ Zip	8. Số điện thoại 1) () 2) ()		9. Địa chỉ Email		
10. Số An Sinh Xã Hội- SSN (Bệnh Nhân)	11. Số SSN (Vợ/Chồng / Sống chung)	12. Là Công Dân Mỹ? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	13. Có tình trạng thường trú nhân? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, bao lâu? Thời gian: _____ năm _____ tháng	14. Là cựu chiến binh Mỹ? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	

CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH / FAMILY HOUSEHOLD STATUS

15. Ghi tên tất cả những người trong nhà và gia đình, và mối quan hệ với quý vị. Nhớ ghi tên của quý vị. **Đánh dấu** vào ô () người nào quý vị có ghi tên vào hồ sơ khai thuế của quý vị.

TÊN	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Quan Hệ với Quý Vị	TÊN	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Quan Hệ với Quý Vị
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	

VIỆC LÀM VÀ NGHỀ NGHIỆP GẦN ĐÂY NHẤT / MOST RECENT EMPLOYMENT AND OCCUPATION

16. Sở làm của Bệnh Nhân:	17. Số điện thoại liên lạc () -	18. Nếu tự làm chủ, ghi đang làm nghề gì:
19. Sở làm của Vợ/Chồng:	20. Số điện thoại liên lạc () -	21. Nếu tự làm chủ, ghi đang làm nghề gì:
22. Ngày bắt đầu: ____/____/____	23. Ngày nghỉ việc: ____/____/____	24. Đang có việc làm: <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không
		25. Có bị mất năng lực làm việc ít nhất là 12 tháng? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không

THÔNG TIN VỀ TÀI TRỢ BẢO HIỂM/ INSURANCE COVERAGE INFORMATION

26. Bảo Hiểm Sức Khỏe: <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	Số điện thoại của Bảo Hiểm Sức Khỏe: () -	27. Tồn thương của quý vị có do đệ tam nhân gây ra (như bị tai nạn xe, trượt té)? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	28. Có bảo hiểm nào khác tài trợ (như bảo hiểm xe)? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không
Tên Công Ty Bảo Hiểm:			

THU NHẬP HÀNG THÁNG HIỆN NAY / CURRENT MONTHLY INCOME

Các Nguồn Thu Nhập Hàng Tháng		Bệnh Nhân	Vợ/Chồng	Người khác	30. Quý vị có Bác Sĩ Chính (PCP) tại y viện cộng đồng? Nếu Có. Bác Sĩ Chính (PCP) tên gì? Quý vị có Bác Sĩ Chính (PCP) tại VMC? Nếu Có. Bác Sĩ Chính (PCP) tại VMC tên gì? _____
29a)	TỔNG SỐ THU NHẬP (kể cả khoản trừ thuế & các mục khác)	\$	\$	\$	
29b)	Thu nhập từ việc làm tự do (nếu tự làm chủ)	\$	\$	\$	
29c)	Các nguồn thu nhập khác:	\$	\$	\$	
29d)	Tiền lời và lợi tức từ các cổ phần	\$	\$	\$	
29e)	Thu nhập từ bất động sản hoặc tài sản cá nhân	\$	\$	\$	
29f)	Trợ Cấp An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$	
29g)	Thu nhập khác (ghi rõ):	\$	\$	\$	
29h)	Tiền cấp dưỡng hoặc trợ cấp nhận được	\$	\$	\$	
29i)	Cộng tất cả số tiền ở cột bên phải từ hàng (29a) đến (29h)	\$	\$	\$	
29j)	Tiền quý vị phải trả cấp dưỡng hoặc trợ cấp	\$	\$	\$	
29k)	Khấu trừ tiền ở hàng (29i) với hàng (29j). Đây là thu nhập mỗi tháng.	\$	\$	\$	
29l)	TỔNG SỐ THU NHẬP TỪ CÁC CỘT hàng 29k	\$			

KÝ TÊN / SIGNATURE

Tôi xác nhận dưới sự chế tài của luật khai man rằng thông tin do tôi cung cấp trên đây là đúng sự thật và đầy đủ. Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara (CSCHS) nếu tôi có bất cứ sự thay đổi nào về chỗ ở, tình trạng tài chánh, số người trong gia đình, và/hoặc nếu tôi có đủ điều kiện được nhận tài trợ của bảo hiểm. Tôi ưng thuận cho phổ biến thông tin hồ sơ bệnh lý của tôi đến các bác sĩ có giao kèo với Hạt Santa Clara, để tôi nhận được sự phối hợp điều trị, cũng như đến Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Hạt Santa Clara (SCSSA) nhằm mục đích cứu xét điều kiện cấp Medi-Cal và cung cấp thông tin về tình trạng Medi-Cal của tôi. Tôi ủy quyền cho CSCHS yêu cầu bản báo cáo tin dụng của tôi và/hoặc xác minh bất cứ thông tin nào trên đây nếu xét thấy cần thiết.

KÝ TÊN/SIGNATURE _____ Ngày/ Date _____