

Ngày:

Washington Hospital  
Patient Accounting Department  
2000 Mowry Avenue  
Fremont, CA 94538

Kính gửi \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_

Washington Hospital hiểu rằng có những người cần hỗ trợ tài chính để trang trải chi phí cho dịch vụ họ nhận được tại bệnh viện. Gần đây, tôi đã xem xét tài khoản của quý vị và xác định rằng quý vị có thể đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi. Tôi đã đính kèm Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính mà quý vị cần điền đầy đủ để xác định trạng thái đủ điều kiện. Để có thể tiếp tục xử lý đơn đăng ký của quý vị, vui lòng gửi cho tôi những tài liệu sau. Chúng tôi cần cả đơn đăng ký và những tài liệu bổ sung này để xử lý và xác định trạng thái đủ điều kiện của quý vị.

- Bản sao có chữ ký của Tờ Khai Thuế Liên Bang 1040 Năm 2025 (bao gồm biểu mẫu W-2)
- Bản sao Phiếu Lương của 6 tháng vừa qua
- Bản sao Giấy Phép Lái Xe, Hộ Chiếu hoặc giấy tờ tùy thân khác để chứng minh
- Gửi trả chính bức thư này, có ký tên và ghi ngày tháng, cùng với các tài liệu được yêu cầu

Nếu quý vị không thể cung cấp các tài liệu nêu trên, vui lòng viết một lá thư giải thích lý do không đính kèm tài liệu. Sau khi nhận được tài liệu phù hợp, tài khoản của quý vị sẽ tạm dừng mọi hoạt động thu hồi nợ cho đến khi có quyết định cuối cùng. Xin hãy lưu ý rằng thời gian chờ có thể kéo dài từ 6 đến 12 tháng trước khi có quyết định phê duyệt hoặc từ chối đơn đăng ký của quý vị. Nếu chúng tôi không nhận được tài liệu đã yêu cầu trong vòng 60 ngày kể từ ngày ghi trên thư này, tất cả hoạt động thu hồi nợ sẽ tiếp tục trở lại.

Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là trung thực và chính xác hiểu biết và niềm tin của tôi, đồng thời tôi xin chịu trách nhiệm về tội khai man nếu thông tin sai lệch. Chữ ký này có giá trị ràng buộc pháp lý về tính chính xác của tất cả tài liệu tài chính được yêu cầu, bao gồm Tờ Khai Thuế Liên Bang.

Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng liên hệ trực tiếp với tôi theo số 510-818-8645.

Trân trọng,

Michelle Thomas  
Điều Phối Viên Hỗ Trợ Tài Chính

|                            |      |
|----------------------------|------|
| H.A.: Ngày Chờ Xử Lý M.Cal | DOS: |
| Số dư: \$                  | NPC  |



## Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi. Nếu không áp dụng, vui lòng ghi N/A.

Dành Riêng Cho Văn Phòng

|                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân | 2. Số Hồ Sơ Y Tế Của Bệnh Nhân |
|-------------------------------|--------------------------------|

### Phần I

|                                                                                                            |                      |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|
| 3. Tên Bệnh Nhân                                                                                           |                      |                                                            |
| 4. Ngày Sinh                                                                                               | 5. Số An Sinh Xã Hội |                                                            |
| 6. Địa Chỉ Đường/Số Căn Hộ                                                                                 |                      |                                                            |
| Thành Phố                                                                                                  | Tiểu Bang            | Mã Bưu Chính                                               |
| Số Điện Thoại                                                                                              | Số Điện Thoại        |                                                            |
| 7. Số Giấy Phép Lái Xe                                                                                     |                      |                                                            |
| 8. a. Quý vị đã đăng ký Medi-Cal hay AFDC chưa? <input type="checkbox"/> rồi <input type="checkbox"/> chưa |                      |                                                            |
| Nếu đã đăng ký, hãy cho biết ngày đăng ký:                                                                 |                      |                                                            |
| Nếu đã đăng ký, hãy cho biết tên nhân viên:                                                                |                      |                                                            |
| b. Quý vị có đơn đăng ký nào đang chờ xử lý không?                                                         |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| c. Đơn đăng ký của quý vị có bị từ chối không?                                                             |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 9. Quý vị có phải là người dưới 21 tuổi không?                                                             |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 10. Quý vị có phải là người từ 65 tuổi trở lên không?                                                      |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 11. Quý vị có phải là người mù hợp pháp không?                                                             |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 12. Quý vị có đang mang thai không?                                                                        |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 13. Hiện tại, quý vị không thể làm việc hoặc dự kiến sẽ không thể làm việc từ 1 năm trở lên đúng không?    |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 14. Quý vị có trẻ vị thành niên dưới 21 tuổi sinh sống trong nhà không?                                    |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 15. Quý vị có phải là học sinh/sinh viên không?                                                            |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 16. Quý vị có Medicare không?                                                                              |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 17. Quý vị có sinh sống trong viện dưỡng lão không?                                                        |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 18. Quý vị có bảo hiểm y tế không?                                                                         |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| 19. Quý vị có phải là Cựu Chiến Binh hay người phụ thuộc của Cựu Chiến Binh không?                         |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| a. Quý vị có CHAMPUS không?                                                                                |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |
| b. Quý vị có CHAMP/VA không?                                                                               |                      | <input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không |

**Phần II (Tài Sản/Ngân Sách)**

|                                                                                                    |         |                                      |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|
| 20. Xin hãy cho biết số dư hiện tại trong Tài Khoản Tiết Kiệm của quý vị? \$                       |         |                                      |         |
| 21. Xin hãy cho biết số dư hiện tại trong Tài Khoản Séc của quý vị? \$                             |         |                                      |         |
| 22. Tài Sản Khác (nếu không có, vui lòng để trống)                                                 | CÓ/RỒI  | KHÔNG/CHƯA                           | GIÁ TRỊ |
| Tài Sản Cho Thuê                                                                                   |         |                                      | \$      |
| Tài Sản Khác                                                                                       |         |                                      | \$      |
| Tài Sản Khác                                                                                       |         |                                      | \$      |
| Thu Nhập Hàng Tháng                                                                                | Số tiền | Nguồn Thu Nhập (công việc, SSL, ...) |         |
| 23. Bản thân                                                                                       | \$      |                                      |         |
| 24. Vợ/chồng                                                                                       | \$      |                                      |         |
| 25. Khác                                                                                           | \$      |                                      |         |
| Khác                                                                                               | \$      |                                      |         |
| 26. Tổng Thu Nhập Gộp (trước thuế) \$                                                              |         |                                      |         |
| 27. Nếu không có thu nhập, quý vị tự trang trải cho bản thân bằng cách nào?                        |         |                                      |         |
| 28. Quý vị có sinh sống một mình không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG |         |                                      |         |
| 29. Hình Thức Nơi Cư Trú<br>Nhà Riêng    Căn Hộ                      Cơ Sở Cư Trú Tạm Thời    Khác |         |                                      |         |
| 30. Quý vị kê khai bao nhiêu trường hợp miễn trừ trên Tờ Khai Thuế của mình, bao gồm cả quý vị?    |         |                                      |         |

Tôi cam đoan rằng tất cả thông tin đã cung cấp là trung thực và chính xác theo hiểu biết và niềm tin của tôi, đồng thời tôi xin chịu trách nhiệm về tội khai man nếu thông tin sai lệch. Tôi đồng ý thông báo cho bệnh viện này về bất kỳ thay đổi nào đối với tình hình tài chính của mình và cung cấp thông tin xác minh trạng thái đủ điều kiện của mình khi có yêu cầu. Thông tin này có thể được cung cấp cho bác sĩ của quý vị.

|                 |      |
|-----------------|------|
| Chữ Ký          | Ngày |
| Đại Diện        | Ngày |
| Người Phỏng Vấn | Ngày |
| Ghi Chú         |      |

Vui lòng lưu ý rằng chi phí cho dịch vụ bác sĩ ER, nhà nghiên cứu bệnh học, chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ chuyên khoa y học bệnh viện sẽ không tính chung với chi phí cơ sở vật chất của bệnh viện. Đơn đăng ký này chỉ bao gồm chi phí cơ sở vật chất.

Dành Riêng Cho Văn Phòng

**32. Bệnh nhân có đáp ứng mức thu nhập khó khăn để nhận Hỗ Trợ Tài Chính không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG**

*Được Phê Duyệt Nhận Hỗ Trợ Tài Chính*

Chữ Ký

Ngày