

Cảm ơn quý vị đã liên hệ với phòng thanh toán của University of Utah Health để thảo luận về tài khoản của quý vị và hỏi về việc trợ cấp tài chính.

Để chúng tôi có thể tiến hành, vui lòng gửi các giấy tờ sau đến địa chỉ ở cuối trang này:

- Đơn xin trợ cấp tài chính đã điền đầy đủ (đính kèm)
- Thư trình bày tình trạng tài chính hiện nay của quý vị
- Bản sao sao kê ngân hàng trong 3 tháng
- Bản Sao Đầy Đủ của tờ khai thuế thu nhập Liên Bang năm ngoái bao gồm cả W-2s
- Bản sao các cuống chi phiếu tiền lương và/hoặc thu nhập khác trong hai (2) kỳ lương gần nhất

Quý vị không bắt buộc phải tiết lộ bất kỳ hoặc tất cả các giấy tờ này. Tuy nhiên, nếu không có thông tin này, University of Utah Health sẽ không thể xác định xem quý vị có đủ điều kiện để được hỗ trợ hay không và sẽ không thể điều chỉnh số dư của quý vị hoặc ngăn tài khoản của quý vị chuyển sang thu hồi nợ.

University of Utah Health phải nhận được các giấy tờ này trong vòng 30 ngày kể từ ngày gửi thư này. Nếu không nhận được giấy tờ trước thời điểm đó, chúng tôi sẽ tiếp tục hoạt động thu hồi nợ. Nếu quý vị không thể cung cấp một hoặc vài giấy tờ trong số này, vui lòng ghi rõ trong thư của quý vị về hoàn cảnh ngăn quý vị cung cấp giấy tờ đó.

Sau khi các giấy tờ bắt buộc được đệ trình, quá trình xem xét sẽ được hoàn tất để xác định xem quý vị có đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính toàn bộ hay một phần không. Trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn xin của quý vị, quý vị sẽ được thông báo về kết quả của việc xem xét. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào khác, vui lòng liên hệ với đại diện dịch vụ khách hàng theo một trong các số bên dưới.

Trân Trọng,

Đại Diện Thanh Toán  
University of Utah Health  
801-587 - 6303 (Gọi trong Utah)  
800-862 - 4937 (Gọi từ bên ngoài tiểu bang)

## ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Số Tài Khoản:

Tên của Bên Hữu Trách \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_  
Mối quan hệ với bệnh nhân \_\_\_\_\_ Điện Thoại Nhà \_\_\_\_\_ Điện Thoại Di Động \_\_\_\_\_  
Tên Hãng Sở \_\_\_\_\_ Điện Thoại Sở Làm \_\_\_\_\_

Tên Vợ/Chồng \_\_\_\_\_ Ngày Sinh của Vợ/Chồng \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_  
Điện Thoại Nhà của Vợ/Chồng \_\_\_\_\_ Điện Thoại Di Động của Vợ/Chồng \_\_\_\_\_ Tên Hãng Sở của Vợ/Chồng \_\_\_\_\_

Vui lòng liệt kê các địa chỉ quý vị đã sống trong 12 tháng qua:

Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip	Từ (Tháng/Năm)	Đến (Tháng/Năm)

Vợ/chồng có đang sống chung nhà với Bên Hữu Trách không (khoanh tròn một đáp án)?  Có  Không

## Số Người Trong Gia Đình

Chúng tôi sử dụng các nguyên tắc tương tự như IRS để xác định các thành viên trong gia đình.

Tổng Số Người Sống Trong Nhà	
------------------------------	--

Vui lòng khoanh tròn Có hoặc Không

Tên Người Phụ Thuộc	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ	Sống cùng với Bên Hữu Trách hơn nửa năm	Bên Hữu Trách cung cấp hơn một nửa tổng số tiền hỗ trợ cho người này	Công Dân Hoa Kỳ, Kiều Bào Hoa Kỳ, Cư Dân Hoa Kỳ, Cư Dân Canada hoặc Mexico?	Bên hữu trách có phải là người duy nhất tuyên bố người này là người phụ thuộc không?
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không

			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không
			Có Không	Có Không	Có Không	Có Không

## THU NHẬP

Loại Thu Nhập	Số Tiền của Bên Hữu Trách	Số Tiền của Vợ/Chồng	Yêu Cầu Xác Minh
Việc Làm - Tổng	\$	\$	<input type="checkbox"/> Bản sao sao kê ngân hàng trong 3 tháng <input type="checkbox"/> Bản Sao Đầy Đủ của tờ khai thuế thu nhập Liên Bang năm ngoái bao gồm cả W-2s <input type="checkbox"/> Bản sao các cuống chi phiếu tiền lương và/hoặc thu nhập khác trong hai (2) kỳ lương gần nhất
Tự Doanh - Tổng	\$	\$	<input type="checkbox"/> Bản sao sao kê ngân hàng trong 3 tháng <input type="checkbox"/> Bản Sao Đầy Đủ của tờ khai thuế thu nhập Liên Bang năm ngoái bao gồm cả W-2s <input type="checkbox"/> Báo cáo Kết Quả Hoạt Động Kinh Doanh
Lương Hưu, Hưu Bổng, IRA, 401K, Tiền Trợ Cấp An Sinh Xã Hội	\$	\$	<input type="checkbox"/> Cung cấp tuyên bố về Lương Hưu/Hưu Bổng và/hoặc thư nhận An Sinh Xã Hội của quý vị
Tiền Trợ Cấp Thất Nghiệp, Khuyết Tật, v.v.	\$	\$	<input type="checkbox"/> Cung cấp thư nhận trợ cấp thất nghiệp hoặc khuyết tật <input type="checkbox"/> Sao kê ngân hàng trong 3 tháng
Cấp Dưỡng Cho Con Cái, Cấp Dưỡng	\$	\$	<input type="checkbox"/> Sao kê ngân hàng trong 3 tháng
Khác (Vui lòng liệt kê nguồn):	\$	\$	<input type="checkbox"/> Cung cấp sao kê ngân hàng trong 3 tháng kèm theo giải thích về (các) nguồn thu nhập của quý vị

## Tài sản

Loại	(Các) Tổ Chức Tài Chính	Tổng Số Dư
Tiền Mặt		\$
Tài Khoản Tiết Kiệm		\$
Tài Khoản Vãng Lai		\$
Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu		\$
Khác:		\$

## DANH SÁCH TẤT CẢ CÁC KHOẢN NỢ Y TẾ CÒN CHƯA TRẢ

Tài khoản số	Tên Nhà Cung Cấp	Số dư ban đầu	Số dư hiện tại	Thanh toán hàng tháng
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

## DANH SÁCH TẤT CẢ CÁC KHOẢN NỢ HIỆN TẠI

Chủ nợ, loại nợ (thẻ tín dụng, các khoản vay cá nhân)	Thanh toán hàng tháng	Số dư hiện tại
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Chúng tôi yêu cầu tất cả bệnh nhân xin trợ cấp tài chính từ các phương thức trợ cấp khác.

### Vui lòng chọn Có hoặc Không.

Hãng sỡ của quý vị hoặc hãng sỡ của vợ/chồng có cung cấp bảo hiểm sức khỏe theo nhóm không?

Quý vị có các loại bảo hiểm khác như Allstate, AFLAC, v.v. không?

Quý vị có Tài Khoản Tiết Kiệm / Chi Tiêu Linh Hoạt Y Tế không?

Hãng sỡ của quý vị có bồi hoàn bất kỳ khoản khấu trừ hoặc chi phí chăm sóc sức khỏe nào không?

Quý vị có bị từ chối hưởng Medicaid không?

Quý vị đã xin các chương trình hỗ trợ của tiểu bang chưa?

Quý vị có đủ điều kiện nhận COBRA thông qua hãng sỡ trước đây không?

Quý vị có được gia đình hoặc nhà thờ trợ giúp không?

<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Có	<input type="checkbox"/>	Không

Nếu có, hãy liệt kê công ty bảo hiểm:

Nếu có, hãy liệt kê công ty bảo hiểm:

Nếu có, vui lòng đính kèm bản sao quyết định từ chối của Medicaid.

Ví dụ: CHIP, PCN, Nạn Nhân Các Vụ Phạm Tội, v.v.

\* Nếu gia đình hoặc bạn bè đang hỗ trợ quý vị, chúng tôi sẽ cần một lá thư từ họ giải thích cách thức họ hỗ trợ quý vị.

Vui lòng giải thích tình hình tài chính của quý vị dưới đây. Ghi rõ bất kỳ điều gì chúng tôi nên biết để hiểu tình hình của quý vị và việc quý vị không có khả năng trả nợ y tế với chúng tôi. Quý vị có thể đính kèm một trang riêng nếu quý vị cần thêm chỗ viết.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**CHỮ KÝ CỦA (NHỮNG) NGƯỜI NỘP ĐƠN**

Tôi xin xác nhận và sẵn sàng tuyên thệ rằng thông tin trong mẫu đơn này là đúng và đầy đủ theo những gì tôi biết. Tôi cũng hiểu rằng có thể lấy một báo cáo của tổ chức thông tin dụng để xác minh các nguồn.

---

Chữ Ký (Bên Hữu Trách)

Ngày

---

Chữ Ký (Vợ/Chồng)

Ngày

**VUI LÒNG GỬI TẤT CẢ THƯ ĐẾN:**

**University of Utah Health**  
**Billing Office**  
PO Box 841482  
Los Angeles, CA 90084-1482

**Email:** [billing@healthcare.utah.edu](mailto:billing@healthcare.utah.edu)

**Fax:** 801.213.3385

**Thông Báo về Đạo Luật Quyền Riêng Tư:** University of Utah Health giữ bí mật số an sinh xã hội của quý vị cho các mục đích sử dụng thường lệ, chẳng hạn như tạo điều kiện so khớp giấy tờ, xác minh danh tính của quý vị, theo dõi bệnh sử, dị ứng thuốc và các bệnh trạng hiện có, thu hồi nợ, cung cấp thông tin này cho những người thanh toán như công ty bảo hiểm của quý vị, Medicaid, Medicare, hoặc ủy ban công nghiệp. Việc tiết lộ số an sinh xã hội của quý vị là tự nguyện, nhưng cần thiết để xác định tính hội đủ điều kiện để được giảm giá và để mở rộng tín dụng của quý vị. Nếu người thanh toán của quý vị sử dụng số an sinh xã hội của quý vị làm mã định danh, việc không tiết lộ số an sinh xã hội của quý vị có thể dẫn đến việc chậm trễ hoặc từ chối thanh toán cho các dịch vụ được đài thọ và quý vị có thể bị tính phí cho các dịch vụ này. Số an sinh xã hội của quý vị sẽ được sử dụng khi có sự chấp thuận của quý vị cho những mục đích này.

*University of Utah Health tuân thủ luật về quyền công dân hiện hành của Liên Bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính.*