

# Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Aid Application)

Muốn nộp Đơn xin Hỗ Trợ Tài Chính của Trung Tâm Nhũ Bộ Carol Milgard xin vui lòng điền đơn này và gửi lại cho văn phòng chúng tôi cùng với giấy tờ hỗ trợ.

## 1. Thông tin về bệnh nhân (Patient information)

Tên bệnh nhân (Patient name) \_\_\_\_\_

Ngày sinh (Birthdate) \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà (Home phone) \_\_\_\_\_ Điện thoại di động (Cell phone) \_\_\_\_\_

Địa chỉ (Address) \_\_\_\_\_

## 2. Quý vị đã từng được hỗ trợ tài chính từ bất kỳ tổ chức nào của MultiCare hoặc Hệ Thống Y Tế Franciscan chưa? có (yes) không (no) (owner grant)

Nếu có, chuyển xuống Bước 6 để ký tên vào đơn này. Ngoài đơn đã ký, xin vui lòng cung cấp một bản sao của thư quyết định mới nhất từ tổ chức khác đó thay vì một mẫu đơn điền đầy đủ.

## 3. Người phối ngẫu hoặc cha mẹ (nếu đương đơn là một người vị thành niên/lệ thuộc) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

Tên (Name) \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà (Home phone) \_\_\_\_\_ Điện thoại di động (Cell phone) \_\_\_\_\_

Địa chỉ (Address) \_\_\_\_\_

## 4. Xin vui lòng cung cấp những cường phiếu lương mới nhất, mẫu W2, và các giấy tờ chứng minh thu nhập khác.

Thu nhập (hàng tháng tổng cộng) (Income (monthly totals))	Bệnh nhân (Patient)	Thu nhập gia đình khác (Other family income)
Tiền lương (Wages)		
Lao động tự do (Self-employment)		
Trợ cấp công cộng (Public assistance)		
Trợ cấp thất nghiệp (Unemployment compensation)		
Bồi thường lao động (Workers' compensation)		
Cấp dưỡng ly dị (Alimony)		
Cấp dưỡng nuôi con (Child support)		
Hưu bổng hoặc lương hưu (Pension or retirement)		
Thu nhập từ tiền lãi (Interest income)		
Thu nhập từ bất động sản cho thuê (Rental property income)		
Thu nhập khác (chi tiết) (Other income (detail))		
<b>Thu nhập tổng cộng (Total income)</b>		

Nếu không có thu nhập, xin giải thích chi tiết (If there was no income, please explain in detail) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Liệt kê tất cả thân nhân lệ thuộc trong nhà quý vị, kể cả người phối ngẫu (dependents)

Tên (Name)	Quan hệ (Relationship)	Tuổi (Age)	Tên (Name)	Quan hệ (Relationship)	Tuổi (Age)

## 6. Tôi xác nhận thông tin nêu trên là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin giả dối hoặc không đầy đủ có thể trì hoãn hoặc chấm dứt quyền lợi của tôi. Điều đó cũng có thể dẫn đến việc nhận được quyền lợi quá mức mà tôi phải hoàn lại và có thể bị phạt. Tôi cho phép Trung Tâm Nhũ Bộ Carol Milgard xác minh bất kỳ thông tin nào nêu trên và cho phép tiết lộ thông tin đó cho Trung Tâm Nhũ Bộ Carol Milgard nhằm mục đích lấy quyết định về tư cách hội đủ điều kiện hỗ trợ tài chính. Tôi hiểu rằng khai man sẽ bị trừng phạt và cam kết rằng thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật và đầy đủ.

CHỮ KÝ (NGƯỜI ĐƯA RA YÊU CẦU) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

NGÀY (DATE)

Thông tin này được bảo mật. Gửi fax đến (253) 383-0730 hoặc gửi thư cho **CMBC Billing Department, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401**. Có thắc mắc hoặc cần trợ giúp, xin vui lòng gọi số miễn phí (855) 824-2622, rồi chọn 1.