



## Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện Nhi Đồng

Đánh dấu tất cả những phần nào áp dụng

Minneapolis  St. Paul  Minnetonka  HTC  Homecare  Children's Hugo  Metro Peds  Partners in Pediatrics  Children's West St. Paul  Heart Clinic

Một bản sao của tờ khai thuế thu nhập liên bang mới nhất (với lịch trình) phải được gửi kèm theo mẫu đơn này.

Tên quý vị		Ngày sinh		Số điện thoại
Địa chỉ		Thành Phố	Tiểu Bang	Mã vùng
Tình Trạng Hôn Nhân <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Có Hôn Thú <input type="checkbox"/> Chia Tay Hợp Pháp		Tên người Phối Ngẫu Ngày sinh		Số Người Phụ Thuộc, gồm cả chính mình
Những bệnh nhân bệnh viện Nhi Đồng quý vị đang nộp đơn xin có bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Các thành viên trong gia đình (Xin ghi tên các bệnh nhân quý vị đang nộp đơn xin, tên mọi người được liệt kê trong tờ khai thuế của quý vị, và những thân nhân diện đang cư trú cùng với quý vị.)				
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Tên	Ngày sinh	Quan hệ		
Thông tin về nghề nghiệp:				
Người nộp đơn: <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Nội trợ <input type="checkbox"/> Hưu trí <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Tàn tật <input type="checkbox"/> Khác:				
Phối Ngẫu <input type="checkbox"/> Đang đi làm <input type="checkbox"/> Nội trợ <input type="checkbox"/> Hưu trí <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Tàn tật <input type="checkbox"/> Khác:				
<input type="checkbox"/> Đánh dấu ô này nếu quý vị muốn nộp đơn xin Trợ cấp Y tế và muốn được một Cố vấn Tài chính gọi để giúp đỡ. <input type="checkbox"/> Đánh dấu ô này nếu quý vị muốn nộp đơn xin Trợ cấp Y tế thông qua MNSure.org và kèm theo bằng chứng đã nộp đơn. <input type="checkbox"/> Đánh dấu ô này nếu quý vị chọn KHÔNG nộp đơn xin Trợ cấp Y tế và muốn giá giảm theo loại không có bảo hiểm.				
Đọc và ký				
<ul style="list-style-type: none"><li>Tôi/Chúng tôi tuyên bố thông tin đưa ra trong bản khai về tài chính này là chính xác và đầy đủ theo kiến thức của tôi/của chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu rằng thông tin này phải được bảo mật chặt chẽ và sẽ không được để lộ ra cho những người khác không liên quan đến Hệ thống Bệnh viện và Phòng khám Nhi Đồng tại Minnesota mà không có sự ủy quyền bằng văn bản cụ thể của chúng tôi/của tôi.</li><li>Tôi chúng tôi cho phép Hệ thống Bệnh viện và Phòng khám Nhi Đồng tại Minnesota tiếp nhận hồ sơ liên bang và tiểu bang về công việc và lịch sử thu nhập của mình, kể cả hồ sơ từ cơ quan an ninh việc làm của tiểu bang, được sử dụng cho việc xét đơn xin giảm giá/phí chăm sóc không được thanh toán của Hệ thống Bệnh viện và Phòng khám Nhi Đồng.</li><li>Tôi sẽ thông báo cho Bệnh viện Nhi Đồng về bất kỳ thay đổi cụ thể trong các tuyên bố đã cung cấp trên mẫu đơn này.</li></ul>				
Chữ ký của người nộp đơn:			Ngày tháng năm:	
Chữ ký của người cùng đứng đơn:			Ngày tháng năm:	
For Financial Counseling Use Only: Processed by/date _____ HH _____ GAI \$ _____				
Date Received _____ Reviewed by/date _____ FPL _____ % Discount _____ %				

