**Chương trình hỗ trợ tài chính**

Chương trình hỗ trợ tài chính được thiết kế để giúp bạn với số dư trên Abbeville của bạn

Chung Bill. Chương trình này dành cho tất cả các bệnh nhân Abbeville chung.

Nếu bạn quan tâm trong việc áp dụng để hỗ trợ tài chính, xin vui lòng hoàn thành tất cả các phần của

kèm theo mẫu đơn và gửi các tài liệu mà được áp dụng như niêm yết trên

trang sau. Bạn cũng có thể đi vào văn phòng và đăng ký hoặc cung cấp ứng dụng cùng

với tài liệu của bạn.

Sau khi tôi nhận được các tài liệu, ứng dụng của bạn sẽ được xem xét. Việc xác định sẽ

thực hiện dựa trên trình độ của bạn thu nhập. Tôi sẽ gửi cho bạn một lá thư với quyết định ứng dụng.

Vui lòng liên hệ trực tiếp với tôi nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc quan tâm.

***\*\* Xin vui lòng cho chúng tôi biết nếu bạn quan tâm đến Medicaid, vì bạn sẽ cần một cuộc hẹn.***

***Nếu quý vị có bảo hiểm, xin vui lòng cho chúng tôi biết.***

**Quay trở lại ứng dụng và tài liệu hỗ trợ để:**

**Bệnh viện đa khoa Abbeville**

**Attn; Shekera Đi Trễ, Dịch vụ tài chính bệnh nhân**

**Attn: Dịch vụ tài chính bệnh nhân**

**PO Box 580**

**118 N. Bệnh viện Ổ**

**Abbeville, LA 70.510**

**Đơn đề nghị hỗ trợ tài chính**

**trang 1 Thông tin bệnh nhân**

Tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ An ninh xã hội #: \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại nhà: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Thành phố / Tiểu bang / Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại di động: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn

*vòng tròn Selection*

Chủ đầu tư: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

Chủ đầu tư phối ngẫu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

**Thông tin bảo lãnh**

Bảo lãnh Giống Như Bệnh nhân: Có Không *vòng tròn Selection* Mối quan hệ với bệnh nhân: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân: Độc thân Kết hôn Ly hôn

vòng tròn Selection

Thành phố / Tiểu bang / Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chủ đầu tư: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_‑\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quy mô gia đình:**

**Các thành viên của hộ gia đình**

**Tên Mối quan hệ Ngày sinh Thu nhập hàng tháng**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

***(Chương trình tiếp tục đến trang 2)***

**Đơn đề nghị hỗ trợ tài chính**

**Trang 2 Các tài liệu cần thiết**

Federal Tax Return (1040) Đối với The Last Lịch Năm

Paycheck Ống For The gần đây nhất ba (3) tháng

An Sinh Xã Hội Lợi ích Thư

Khuyết tật Lợi ích Thư

Tỷ lệ thất nghiệp Lợi ích Thư

Bồi thường Letter Workman của

SNAP (Food Stamps) Thư

Hỗ trợ văn trẻ

cấp dưỡng Letter

Bằng chứng nhận dạng

Nếu bạn không có thu nhập của riêng bạn, một lá thư từ người cung cấp cho nhu cầu của bạn Đối với quá khứ năm đến nay

(Phải cung cấp tên, địa chỉ và số điện thoại trên Letter)

Bạn đã nộp đơn xin Medicaid Để trang trải chi phí y tế của bạn: Có Không vòng tròn Selection

Bạn sẽ xem xét áp dụng Đối với Medicaid: Có Không vòng tròn Selection

Nếu bạn đã bị từ chối Medicaid Hoặc Hỗ trợ công cộng khác, lý do gì đã được đưa ra?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tôi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe render tại Abbeville chung. Tôi xác nhận rằng các dữ liệu**

**nhất định là đầy đủ và chính xác theo sự hiểu biết của tôi.**

**Chữ ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* \* \* CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG \* \* \***

Thu nhập cho ba tháng qua lần thứ tư: **\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_** Quy mô gia đình:

**Tán thành Lý do bị từ chối: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Phủ định \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

vòng tròn Selection

TÔI, , Bên chịu trách nhiệm

(Bảo lãnh) (Kiên nhẫn)

đang cung cấp bằng chứng về iinformation sau để Abbeville chung:

1. Thu nhập của gia đình tôi trong ba tháng cuối cùng lần bốn (4) là

$

kích thước 2.Family được xác định bởi người phụ thuộc được xác định bởi mã doanh thu nội bộ là

Tôi hiểu rằng tuyên bố này đã được cung cấp cho các Sở Y tế Louisiana và

các bệnh viện trong mối liên hệ với các dịch vụ được cung cấp bởi Abbeville chung. Tôi hiểu rằng nếu tôi

hội đủ điều kiện cho chương trình này, chỉ có hóa đơn bệnh viện sẽ được trả và rằng tôi vẫn sẽ chịu trách nhiệm

bất kỳ hóa đơn liên quan đến dịch vụ này từ bất kỳ bác sĩ, bác sĩ X quang, dịch vụ bệnh lý vv

Theo hình phạt về tội khai man, tôi tuyên bố rằng tôi đã xem xét tuyên bố này, vì theo sự

kiến thức và niềm tin của tôi đó là sự thật, chính xác và đầy đủ.

Chữ ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_