

Sacred Heart Health System, Inc  
còn gọi là Sacred Heart Medical Group  
còn gọi là Panhandle Emergency Physicians

Providence Health System, Inc  
còn gọi là Providence Medical Group  
còn gọi là Seton Medical Management

Thưa Quý Bệnh Nhân/Người Bảo Đảm:

Quý vị đã cho biết là mình cần được trợ giúp về hóa đơn bệnh viện của quý vị. Để chúng tôi đánh giá về tình trạng tài chính của quý vị, cần có các tài liệu sau đây:

- Một Mẫu Đánh Giá Tài Chính đã điền (đính kèm);
- Một bản sao (các) mẫu thuế Liên bang mới đây nhất của quý vị có **TẤT CẢ** các phụ bản, bao gồm (các) mẫu W-2;
- Một bản sao ba (3) cuống chi phiếu mới đây nhất cho quý vị và bất cứ người nào có đi làm sống trong nhà của quý vị;
- Một bản sao ba (3) tờ kết toán ngân hàng mới đây nhất cho mỗi tài khoản mà quý vị có;
- Một danh sách các khoản nợ y tế chưa trả của quý vị và các chi phí hàng tháng về dược phòng; và tên cùng số điện thoại gọi cho nhân viên Medicaid của quý vị; nếu áp dụng;
- Khác: \_\_\_\_\_

Quý vị có thể liên lạc với Ban Trợ Giúp Tài Chính bằng cách gọi số 800-566-5050 nếu có bất cứ câu hỏi và/hoặc quan tâm nào. **Xin báo cho biết là nếu không nhận được thông tin theo yêu cầu trong vòng 30 ngày tới đây, chúng tôi sẽ tiếp tục gửi hóa đơn như thường lệ.** Tất cả các tài liệu cần được gửi tới địa chỉ nêu dưới đây hoặc quý vị có thể fax thông tin này. Cảm ơn về sự hợp tác của quý vị.

**Fax:**

(317) 583-2753  
Attn: NRSC Financial Assistance Representative

**Gửi qua bưu điện:**

NRSC Financial Assistance Representative  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, IN 46290

## Mẫu Đánh Giá Tài Chính

Số MR & Số Tài Khoản sẽ được điền vào bởi nhân viên bệnh viện		Số MR:	Bệnh viện	Số Tài Khoản:	
Xin cung cấp thông tin sau đây một cách đầy đủ và chính xác. Thông tin sẽ phải chịu sự xác nhận. Xin đính kèm một danh sách các thành viên khác trong gia đình nếu có nhiều hơn năm (5) thành viên.					
Tên Bệnh Nhân (Tên, Tên Lót, Họ):		Số An Sinh Xã Hội:	Tổng Số Thành Viên Trong Gia Đình		
Địa Chỉ:			Các Số Điện Thoại: Nhà: ( ) Sở làm: ( )		
Thành phố/Đường/Số Zip:			Tên Của Bên Chịu Trách Nhiệm (Tên, Tên Lót, Họ):		
<b>Liệt kê TẤT CẢ tên của các thành viên trong gia đình</b>		<b>Ngày Sinh</b>	<b>Số An Sinh Xã Hội</b>	<b>Mỗi Quan Hệ với Bệnh Nhân:</b>	<b>Thu Nhập Hàng Tháng</b>
1.		--			\$
2.		--			\$
3.		--			\$
4.		--			\$
5.		--			\$
<b>Thu Nhập Hàng Tháng</b>			<b>Các Tiêu Tồn Hàng Tháng</b>		
Thu Nhập Gộp của Bên Chịu Trách Nhiệm (trước khi trừ thuế)		\$	Tiền thuê/Tiền thế chấp/Bảo hiểm của chủ nhà		\$
Thu Nhập Gộp Khác Trong Gia Đình (trước khi trừ thuế)		\$	Các tiện ích (Điện/Nước/Ga)		\$
Thu Nhập Do Đầu Tư (Niên kim/Chứng khoán/Cổ tức)		\$	Điện Thoại		\$
Tiền Nuôi Con/Trợ Cấp Nhận Được		\$	Tiền Nuôi Con/Trợ Cấp Đã Thanh Toán		\$
Thu Nhập Do Cho Thuê Tài Sản		\$	Thực Phẩm (loại trừ thuốc lá & các đồ uống có cồn)		\$
Hưu bổng/Tiền hưu trí/Thất nghiệp		\$	Trả tiền xe (khoản vay + bảo hiểm)		\$
Khác:		\$	Các Hóa Đơn Y Tế & Dược Phòng		\$
<b>Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (trước khi trừ thuế)</b>		<b>\$</b>	<b>Tổng Số Tiêu Tồn Hàng Tháng</b>		<b>\$</b>
<b>Tài Sản</b>			<b>Trách Nhiệm</b>		
Giá Trị (các) nơi Cư Ngụ		\$	Tồn Khoản Vay/Tiền Thế Chấp cho Nơi Cư Ngụ		\$
Tồn Khoản trong Tài Khoản Chi Dụng		\$	Tồn Khoản còn Nợ Trên Các Thẻ Tín Dụng		\$
Tiền tiết kiệm/Thị trường Tiền tệ/CD/Quỹ Hưu trí		\$	Tồn Khoản Vay Mua Xe		\$
Trị giá -Xe hơi/Tàu thuyền/Xe mô tô		\$	Tổng Cộng Các Hóa Đơn Y Tế (đính kèm danh sách)		\$
Khác:		\$	Thuế Địa Ốc		\$
<b>Tổng Cộng Giá Trị Tài Sản</b>		<b>\$</b>	<b>Tổng Cộng Trách Nhiệm</b>		<b>\$</b>

Tôi xác nhận rằng thông tin nêu trên là sự trình bày chính xác và đúng sự thực về thông tin tài chính của tôi. Tôi cũng xác nhận rằng không có sự bao trả của bảo hiểm nào khác cho bệnh nhân này ngoài những điều đã được nêu vào lúc đăng ký. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin giả dối sẽ dẫn đến việc bị từ chối đơn xin cho bất cứ sự trợ giúp tài chính nào qua Tổ Chức. Nếu tôi có quyền kiện tụng hoặc xin được dàn xếp từ những người trả tiền thuộc nhóm thứ ba, tôi sẽ đảm nhận bất cứ hành động cần thiết nào hoặc theo yêu cầu của Tổ Chức để có được sự trợ giúp đó và sẽ giao cho Tổ Chức, và sau khi nhận được sẽ trả cho Tổ Chức, tất cả các số tiền đã thu được lên đến tổng số tồn khoản còn nợ trên hóa đơn của tôi. Việc tôi không làm đơn xin sự trợ giúp đó hoặc làm hết các thủ tục đơn xin hoặc đảm nhận các hành động hợp lý cần thiết hoặc theo yêu cầu của Tổ Chức sẽ dẫn đến việc bị từ chối đơn xin này. Tôi cũng cho phép Tổ Chức được kiểm tra lịch sử tín dụng của tôi qua cơ quan tín dụng, nếu được cho là thích hợp.

Chữ ký của Bệnh Nhân (Bên Chịu Trách Nhiệm)

Ngày