



Kính gửi Bệnh Nhân/Bên Có Trách Nhiệm,

Chúng tôi gửi đơn này cho quý vị vì quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho **Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính** của chúng tôi.

Biểu mẫu đính kèm chỉ áp dụng cho các hóa đơn của bệnh viện và các bác sĩ là nhân viên của bệnh viện. Để có danh sách các bác sĩ là nhân viên của bệnh viện, vui lòng xem lại Phụ Lục A, Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi. Biểu mẫu này không liên quan đến bất kỳ hóa đơn y tế nào khác mà quý vị có thể có, như X quang, các bác sĩ không phải nhân viên của bệnh viện, xe cứu thương, v.v.

Để được xem xét nhận hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần, quý vị **phải** hoàn tất Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính. Bên có trách nhiệm **phải ký tên** ở dưới, và gửi lại đơn hoàn chỉnh.

Quý vị phải cung cấp cho chúng tôi **Tờ Khai Thuế Liên Bang mới nhất của quý vị** làm tài liệu hỗ trợ. Nếu quý vị không nộp tờ khai thuế, vui lòng nêu rõ và đính kèm một trong hai tài liệu được nêu dưới đây.

Tờ Khai Thuế Thu Nhập Tiểu Bang
Phiếu Lương Từ Đơn Vị Sử Dụng Lao Động
Tài liệu bằng văn bản từ các nguồn thu nhập
Bản sao của tất cả các bản kê khai ngân hàng ba tháng vừa qua
Hỗ trợ W-2
Hỗ trợ 1099's

Nếu vì lý do nào đó mà quý vị không thể cung cấp cho chúng tôi các thông tin được yêu cầu, vui lòng đính kèm tuyên bố bằng văn bản giải thích lý do vì sao quý vị không thể cung cấp các thông tin được yêu cầu.

Để được hỗ trợ hoàn thành đơn hoặc để gửi lại đơn đã hoàn tất trực tiếp, vui lòng gộp một trong các Có Vắn Tài Chính của chúng tôi theo địa chỉ dưới đây

OU Medical Center
711 SL Young Blvd, Suite 100
Oklahoma City OK

OUMC Edmond
1 S Bryant
Edmond Ok 73034

Vui lòng đợi ba mươi (30) ngày làm việc để chúng tôi thực hiện quy trình xem xét. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định từ thiện của chúng tôi qua thư.

**Hãy nhớ rằng nếu quý vị gửi lại biểu mẫu này, hóa đơn của quý vị có thể được
bao trả trong Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi.**

**Gửi đơn và tất cả các tài liệu được yêu cầu qua đường bưu điện đến:
Patient Account Services (Dịch Vụ Tài Khoản Bệnh Nhân)
Attn: Research and Correspondence Dept (Phòng Nghiên Cứu và Hồi Đáp)
10030 MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063**

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tên Bệnh Viện _____ Số Tài Khoản _____
Tên Bệnh Nhân _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Tên Bên Có Trách Nhiệm _____ Số An Sinh Xã Hội _____
Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại _____

Những Người Phụ Thuộc trong Hộ Gia Đình

(Bao gồm vợ/chồng, con cái dưới 18 tuổi và tất cả những người có tên trong tờ khai thuế của quý vị)

Tên _____ Tuổi _____
(Tên, Tên Đệm và Họ nếu không phải là Bệnh Nhân)

Việc Làm (Bệnh Nhân/Bên Có Trách Nhiệm)

Tên Đơn Vị Sử Dụng Lao Động _____ Mức Lương Theo Giờ _____ Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần _____
Tổng Thu Nhập Hiện Tại Hàng Tuần, Hàng Tháng hoặc Hàng Năm (Trước Thuế) _____
Nếu thất nghiệp, ngày làm việc cuối cùng _____

Việc Làm của Vợ/Chồng

Tên Đơn Vị Sử Dụng Lao Động _____ Mức Lương Theo Giờ _____ Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần _____
Tổng Thu Nhập Hiện Tại Hàng Tuần, Hàng Tháng hoặc Hàng Năm (Trước Thuế) _____
Nếu thất nghiệp, ngày làm việc cuối cùng _____

Thu Nhập Khác

	Bệnh Nhân	Vợ/Chồng
An Sinh Xã Hội		
Tiền Trợ Cấp		
Thất Nghiệp		
Đền Bù Cho Người Lao Động		
Các Quyền Lợi VA		
Tiền Cho Thuê Nhà		
Cổ Phiếu, Trái Phiếu, 401K		
Cổ Túc/Lợi Túc		
Cấp Dưỡng Nuôi Con		
Cấp Dưỡng Từ Chồng Cũ		
Khác		

Quý vị đã từng nộp đơn đăng ký cho Medicaid hoặc bất kỳ Hồ Trợ của Quận/Tiểu Bang nào khác không?

Nếu có và nếu biết, Số Hồ Sơ _____ Ngày Nộp Đơn _____

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng tôi đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính vì tôi là người chịu trách nhiệm thanh toán số tiền có thể phải trả cho các dịch vụ được cung cấp. Tôi cũng xác nhận thêm rằng các thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin được nộp sẽ được xác minh. Trong quá trình xem xét, tôi có thể cần nộp báo cáo tín dụng để xác minh thông tin được cung cấp trong đơn này và để giúp xác định xem tôi có đủ tiêu chuẩn được hỗ trợ tài chính hay không. Tôi hiểu rằng việc giả mạo thông tin hoặc không hoàn thành tất cả các mục có thể gây bất lợi cho việc xem xét trường hợp của tôi cho chương trình.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Gửi qua đường bưu điện đến: Patient Account Services, Research & Correspondence Dept, 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063