

Geisinger

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Đơn này phải đi kèm với giấy tờ Chứng Minh Thu Nhập (2 cuốn phiếu lương hoặc mẫu 1040)

Không gửi kèm bản gốc vì chúng tôi không trả lại giấy tờ

Mục 1- Thông Tin Bệnh Nhân

1. Họ Tên Bệnh Nhân		2. Mã Số Hồ Sơ Y Tế:	
(Họ)	(Tên)	(Tên đệm viết tắt)	
3. Ngày Nộp Đơn	4. Mã Số Hồ Sơ Y Tế bổ sung đơn này bao gồm:		
5. Tên Đường Phố:		6 Số Điện Thoại:	
7. Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính:		8. *Quy Mô Hộ Gia Đình:	
<i>*Quy mô hộ gia đình gồm có bản thân, vợ/chồng và con cái tuổi vị thành niên. Phụ nữ mang thai được tính là hai thành viên gia đình.</i>			
9. Có phải Công Dân Hoa Kỳ? CÓ hoặc KHÔNG	10. Mã Số An Sinh Xã Hội hoặc Mã Số Định Danh Người Nộp Thuế Cá Nhân:		

11. Tiền Lương chưa Khấu Trừ: \$ _____

Nộp kèm bản sao hai cuốn phiếu lương để chứng minh tiền lương hoặc mẫu đơn IRS 1040 hiện hành

12. Phạm Vi Bảo Hiểm Y Tế Chính: (Nếu có Medicare, là Cựu Chiến Binh hoặc là Người Không Có Bảo Hiểm thì phải nộp kèm giấy tờ xác nhận Trợ Cấp Y Tế Pennsylvania)

13. Hộ gia đình có sở hữu các tài sản có giá trị trên \$5.000 không? (Có/Không)

Nếu có, vui lòng liệt kê các tài sản và kê khai

Các Tài Sản Bao Gồm: (Tài Khoản Vãng Lai/Tài Khoản Tiết Kiệm; Thị Trường Tiền Tê/Chứng Chi Tiền Gửi/Cổ Phiếu/Trái Phiếu; Bất Động Sản (không bao gồm nhà ở chính); Khác)

Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc Người Bảo Lãnh:

Ngày:

Gửi Đơn và bản sao giấy tờ chứng minh qua đường bưu điện đến:

Geisinger Uncompensated Care Service 49-38
100 North Academy Ave
Danville, PA 17822-4938

Section 2 – Office Use Only (Mục 2 – Chỉ Dành Cho Nhân Viên)

Received Date:	Review Date:	
Verified Income:	Federal Poverty Level:	
Approved (circle): YES NO (Select reason for denial)	Reasons for Denial: ____ Applicant Over Income ____ Applicant did not supply Income Documentation ____ Applicant did not supply Medicaid Determination Other: _____	
Total Adjustment:	Approver Level:	
Geisinger Title	Signature:	Date:
Service Line Specialist		
Supervisor		
Manager		
Director		
Associate Vice President		
Vice President		