



Kính gửi Quý Bệnh Nhân:

Cảm ơn quý vị đã tin tưởng lựa chọn CHRISTUS Health cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Đính kèm theo đây là đơn xin hỗ trợ tài chính bệnh viện dành cho quý vị. Đơn này chỉ dành riêng cho các chi phí của quý vị tại bệnh viện. Vui lòng gửi lại đơn đã điền đầy đủ cùng tất cả giấy tờ chứng minh kèm theo đến văn phòng kinh doanh của bệnh viện.

Bệnh nhân có thu nhập gia đình bằng hoặc thấp hơn 400% so với chuẩn nghèo liên bang hiện hành và không có đủ tài chính để thanh toán hóa đơn có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ. Bệnh nhân có các hóa đơn y tế với chi phí đáng kể, bất kể thu nhập, cũng có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ. Ngoài các khoản điều chỉnh một phần hoặc toàn phần, hỗ trợ còn bao gồm các phương thức thanh toán mở rộng.

Chúng tôi hiểu mong muốn của quý vị về bảo đảm quyền riêng tư. Theo đó, ngoại trừ cho mục đích xác minh, các thông tin trong đơn của quý vị sẽ được giữ bí mật. Thông tin này sẽ chỉ được chia sẻ trong nội bộ CHRISTUS Health trên nguyên tắc "cần biết".

Sau khi nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ, nhân viên của chúng tôi sẽ tiến hành xem xét đơn để có thể đưa ra hỗ trợ thanh toán số dư trong tài khoản của quý vị tại CHRISTUS Health. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản sau khi xem xét xong.

Một lần nữa, chúng tôi xin cảm ơn quý khách đã lựa chọn CHRISTUS Health cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về đơn đăng ký hoặc thông tin trên, vui lòng liên lạc với cố vấn tài chính của bệnh viện hoặc gọi số điện thoại được liệt kê bên dưới.

Trân trọng,

CHRISTUS Health

800-877-8623

Thứ Hai - Thứ Sáu

Từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều (Giờ Miền Trung)



Bệnh nhân của CHRISTUS Health Trinity Mother Frances, vui lòng gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
PO Box 6997
Tyler TX 75711

Tất cả các bệnh nhân khác của CHRISTUS Health xin gửi đơn đăng ký đến địa chỉ sau:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
2900 North Loop West, Suite 1300
Houston, TX 77092

Ngày Nộp Đơn: _____ Họ tên Người Bảo Lãnh (nếu không phải bệnh nhân) _____

Họ tên Bệnh Nhân: _____ Ngày cung cấp dịch vụ: _____

Tài khoản bệnh viện số _____ Hồ sơ bệnh án số _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Michael Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Children's |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Medical Center |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Michael Hospital- Rehab | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Westover Hills |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – New Braunfels |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Couthatta Health Care Center | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Highland Medical Center | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alon |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Bossier Emergency Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Creekside |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Patrick Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Santa Rosa Hospital – San Marcos |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Ochsner Lake Area Medical Ctr | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Shoreline |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Hospital – St. Elizabeth | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – South |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Hospital – St. Mary | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Memorial |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Jasper Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Kleberg |
| <input type="checkbox"/> Kate Dishman Rehabilitation Hospital | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Alice |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Ctr | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Spohn Hospital – Beeville |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Good Shepherd Longview | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- Sulphur Springs |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Good Shepherd Marshall | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- Jacksonville |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- Tyler | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- South Tyler |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- Winnsboro | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Trinity Mother Frances- Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> CHRISTUS Southern Mexico Alamogordo | <input type="checkbox"/> CHRISTUS Mount Pleasant |

Họ tên Bệnh Nhân:		Tài khoản số:	
QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP ÍT NHẤT 1 TRONG NHỮNG THÔNG TIN SAU:		QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP BẰNG CHỨNG XÁC MINH DANH TÍNH KÈM THEO	
Tờ Khai Thuế Thu Nhập gần đây nhất và đầy đủ nhất 3 phiếu lương gần đây nhất 3 sao kê tài khoản thanh toán/tiết kiệm gần đây nhất Thư xác nhận hưởng trợ cấp Tem Phiếu Thực Phẩm hoặc SSI/SSA/SSD Nếu quý vị báo cáo thu nhập là \$0, vui lòng đính kèm một bản giải trình ngắn gọn về cách thức quý vị hoặc bệnh nhân đáp ứng các nhu cầu cơ bản		ÍT NHẤT 1 NỘI DUNG SAU: Giấy phép lái xe hiện hành Hộ chiếu Giấy Đăng Ký Người Nước Ngoài Thẻ Căn Cước do Tiểu Bang cấp	
DỮ LIỆU CÁ NHÂN:	NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM	VỢ/CHỒNG	
Họ tên			
Số An Sinh Xã Hội			
Ngày sinh			
Địa chỉ nhà/Số căn hộ			
Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip			
Điện thoại nhà riêng			
DỮ LIỆU VIỆC LÀM:			
Tên Hãng Sở			
Giải thích nếu quý vị tự kinh doanh			
Địa chỉ			
Số điện thoại			
Số giờ làm việc/tuần			
Chức danh			
Thời gian làm việc	Năm	Tháng	Tháng
Lương góp hằng tháng			
CÁC THÀNH VIÊN KHÁC TRONG HỘ GIA ĐÌNH:			
Họ tên	Tuổi	Ngày sinh	Mối quan hệ
Họ tên	Tuổi	Ngày sinh	Mối quan hệ
Họ tên	Tuổi	Ngày sinh	Mối quan hệ
Lương góp hằng tháng			
THU NHẬP THÊM:		KHOẢN NỢ:	
Công việc thứ 2:	Không Có: \$ /tháng	Thế chấp nhà ở: \$ /tháng	Hóa đơn y tế: \$ /tháng
Doanh nghiệp nhỏ:	Không Có: \$ /tháng	Được tổ chức bởi:	Hóa đơn nhà thuốc: \$ /tháng
Khác: (ví dụ: khoản đầu tư, tiết kiệm, trợ cấp nuôi con, Số dư chưa thanh toán: \$			
khác: (ví dụ: khoản vay, tiền thuê nhà, truyền hình cáp, gas, khoản hỗ trợ khác của chính phủ) \$ /tháng			
Ô tô/Thuyền/Xe cắm trại, v.v.: \$ /tháng			
điện thoại, dịch vụ tiện ích, thực phẩm) \$ /tháng			
Có bên thứ ba nào có khả năng chịu trách nhiệm chi trả cho các chi phí y tế của quý vị không (ví dụ: bảo hiểm ô tô, bồi thường cho người lao động, hoặc các vụ kiện tụng)?			
Có Không			
Tôi xác nhận rằng tôi không có khả năng chi trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ cần thiết và các thông tin tôi đã cung cấp cho CHRISTUS Health là đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng CHRISTUS Health sẽ sử dụng thông tin này để xác định xem tôi có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Tôi đã kê khai đầy đủ tất cả tài sản và thu nhập của mình. Việc không kê khai tài sản hoặc thu nhập có thể dẫn đến biện pháp xử lý pháp lý, bao gồm cả việc truy cứu trách nhiệm hình sự. Tôi đồng ý báo cáo mọi thay đổi về tình trạng tài chính của mình cho CHRISTUS Health. Tôi ủy quyền cho CHRISTUS Health, hoặc bất kỳ cơ quan báo cáo tín dụng nào, thực hiện xác minh mọi thông tin tham chiếu, sao kê, lịch sử việc làm hoặc các dữ liệu khác do tôi hoặc bất kỳ cá nhân nào khác cung cấp liên quan đến tín dụng và trách nhiệm tài chính của tôi.			
Chữ ký của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh			Ngày
hữ ký của Vợ/Chồng			Ngày