



Đơn Đăng Ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng gửi lại tại:

Department of State Hospital
Attn: Patient Cost Recovery Section
1215 O Street, MS-3
Sacramento, CA 95814
Địa Chỉ Email: DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov

Hướng Dẫn: Vui lòng điền Phần A – E đầy đủ nhất có thể. Có thể đính kèm tài liệu hỗ trợ vào đơn đăng ký và gửi cùng với đơn đăng ký đến địa chỉ được liệt kê ở trên.

Phần A

Thông Tin Bệnh Nhân				
Tên Bệnh Nhân	Tên Đệm	Họ	Ngày Sinh	
Địa Chỉ Chính	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	
Địa Chỉ Phụ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	
Hãy đánh dấu các mục sau nếu áp dụng và nếu đánh dấu, vui lòng cung cấp thêm thông tin bên dưới:				
<input type="checkbox"/> Người Giám Hộ/Người Bảo Hộ	<input type="checkbox"/> Đại Diện Nhận Phúc Lợi	<input type="checkbox"/> Người Được Ủy Quyền		
Tên	Họ	Ngày Bỏ Nhiệm	Số Điện Thoại	Email
Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	
Thông Tin Thành Viên Gia Đình				
Tình Trạng Hôn Nhân Của Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Kết Hôn		Số Người Phụ Thuộc:		
Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình quý vị và mối quan hệ của họ với quý vị bên dưới:				
Tên	Họ		Mối Quan Hệ	
Tên	Họ		Mối Quan Hệ	
Tên	Họ		Mối Quan Hệ	



Phần B

Bảo Hiểm Y Tế

Hiện tại quý vị có Bảo Hiểm Y Tế không?: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu quý vị trả lời bằng cách đánh dấu vào ô "Có", hãy cung cấp thêm thông tin bên dưới:	
Tên Công Ty Bảo Hiểm Chính	Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm
Số ID Hợp Đồng/Đăng Ký	Số Nhóm
Mối Quan Hệ với Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Bản Thân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Khác	
Nếu quý vị có hợp đồng bảo hiểm y tế thứ hai, hãy cung cấp thông tin sau:	
Tên Công Ty Bảo Hiểm Phụ	Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm
Số ID Hợp Đồng/Đăng Ký	Số Nhóm
Mối Quan Hệ với Chủ Hợp Đồng Bảo Hiểm: <input type="checkbox"/> Bản Thân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Khác	

Phần C

Thu Nhập và Tài Sản

Hướng Dẫn: Vui lòng liệt kê số tiền nhận được vào cột Số Tiền Nhận Được Hàng Tháng. Nếu không áp dụng, vui lòng liệt kê là "N/A". Khi nộp đơn đăng ký, vui lòng đính kèm các tài liệu hỗ trợ. Thu nhập loại trừ sẽ không bị thu hồi hoặc cản trở thanh toán nợ nên không cần phải báo cáo. Xem Phụ Lục 1 để biết thêm các loại thu nhập loại trừ.)

Nguồn	Số Tiền Nhận Được Hàng Tháng
Thu Nhập Việc Làm	
Thu Nhập An Sinh Bổ Sung	
Phúc Lợi Thương Tật	
Phúc Lợi Cho Cựu Chiến Binh	
Hưu Trí Hỏa Xa	
Tiền Hỗ Trợ từ Vợ/chồng, Phụ Huynh hoặc Người Phụ Thuộc	
Phúc Lợi Hưu Trí Chịu Thuế	
Thu Nhập Cho Thuê	
Khác (mô tả):	

Tài Khoản Tài Chính

Hướng Dẫn: Vui lòng liệt kê bất kỳ tài khoản ngân hàng nào quý vị sở hữu và giá trị của tài khoản bên dưới. Nếu cần thêm chỗ trống, hãy sử dụng Phần E để thêm thông tin tài khoản ngân hàng bổ sung.



Loại tài khoản: <input type="checkbox"/> Thanh toán <input type="checkbox"/> Tiết kiệm <input type="checkbox"/> Khác _____		
Tên Ngân Hàng:		Địa Chỉ:
Số Tài Khoản (Chỉ 4 Chữ Số Cuối):		Số Dư Hiện Tại:

Loại tài khoản: <input type="checkbox"/> Thanh toán <input type="checkbox"/> Tiết kiệm <input type="checkbox"/> Khác _____		
Tên Ngân Hàng:		Địa Chỉ:
Số Tài Khoản (Chỉ 4 Chữ Số Cuối):		Số Dư Hiện Tại:
Quý vị có phải là người thụ hưởng của Quỹ Tín Thác không?? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (nếu có, vui lòng cung cấp tên quỹ tín thác, loại quỹ tín thác và thông tin liên hệ của người ủy thác bằng cách sử dụng Phần E)		

Tài Sản Khác

Hướng Dẫn: Vui lòng liệt kê bất kỳ cổ phiếu, trái phiếu hoặc tiền điện tử nào quý vị sở hữu và giá trị của chúng bên dưới. Nếu cần thêm chỗ trống, hãy sử dụng Phần E.

Mô Tả	Giá Trị

Bất Động Sản

Hướng Dẫn: Vui lòng liệt kê bất kỳ bất động sản nào quý vị sở hữu. Nếu cần thêm chỗ trống, hãy sử dụng Phần E. Vui lòng cho biết bất động sản nào (nếu có) quý vị đang dùng làm nơi cư trú chính của mình.

Mô Tả/Địa Chỉ	Nơi Cư Trú Chính (có/không)

Phần D

Chi Phí Sinh Hoạt Hàng Tháng

Chi phí sinh hoạt hàng tháng trang trải cho: Chỉ bản thân quý vị Bản thân quý vị và những người phụ thuộc.

Loại Chi Phí	Số Tiền Hàng Tháng
Phí Bảo Hiểm Y Tế (bao gồm nha khoa và nhãn khoa)	
Nghĩa Vụ Pháp Lý (Tiền cấp dưỡng, trợ cấp nuôi con, v.v.)	
Phương Tiện Đi Lại (trả góp xe hơi, bảo hiểm, xăng, phí giao thông công cộng, v.v.)	
Thanh Toán Tiền Nhà (tiền thế chấp, tiền thuê nhà, bảo hiểm nhà, thuế tài sản, v.v.)	
Thực phẩm, quần áo và các đồ dùng gia đình khác	
Chi phí trường học hoặc chăm sóc trẻ em	
Tiện ích (gas, điện, nước, rác, điện thoại, v.v.)	
Khác:	
Tổng Chi Phí Hàng Tháng	



Phần E

Những Cân nhắc Bổ Sung

Hướng Dẫn: Vui lòng liệt kê bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị cảm thấy có liên quan đến việc Sở Bệnh Viện Tiểu Bang (Department of State Hospitals, DSH) xem xét đơn đăng ký hỗ trợ tài chính của quý vị, bao gồm thông tin bổ sung về tài khoản ngân hàng hoặc cổ phiếu và trái phiếu. Nếu quý vị cần thêm chỗ, vui lòng liệt kê thông tin trên một tờ giấy riêng và đính kèm vào đơn đăng ký.

Tôi xác nhận những thông tin trên là chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng Sở Quản Lý Bệnh Viện Tiểu Bang (DSH) có quyền xác minh mọi thông tin được cung cấp và tôi có thể được yêu cầu cung cấp thêm bằng chứng cho thông tin mình đã cung cấp. Tôi đồng ý thông báo cho Văn Phòng Ủy Thác DSH-Sacramento theo số (916) 654-1501 hoặc DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thông tin tài chính của tôi trong vòng 10 ngày kể từ ngày thay đổi.

Tôi là: Bệnh Nhân

Đại Diện Bệnh Nhân (Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân _____)

Tên In Hoa

Chữ Ký

Ngày

Email

Điện Thoại

Địa Chỉ

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Bưu Chính