



# ĐƠN XIN TRỢ GIÚP TÀI CHÁNH

## (FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

VMC Medical Record Number: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

1. Là cư dân Hạt Santa Clara? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	2. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam / <input type="checkbox"/> Nữ	3. Họ và Tên (Họ, Tên, Chữ lót)	4. Họ của Mẹ	5. Vợ / Chồng / Sống chung	6. Ngôn ngữ chính?
7. Địa chỉ	Zip	8. Số điện thoại 1) ( ) - ( ) - ( ) 2) ( ) - ( ) - ( )		9. Địa chỉ Email	
10. An sinh xã hội- SSN (Bệnh Nhân)	11. SSN (Vợ/Chồng / Sống chung)	12. Công Dân Mỹ? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	13. Tình Trạng Thường Trú Nhân? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, Bao lâu? Thời hạn: năm tháng	14. Cựu chiến binh Mỹ? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	

### CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH

15. Ghi tên tất cả những người trong nhà và gia đình, và mối quan hệ với quý vị. Nhớ ghi tên của quý vị. **Đánh dấu** vào ô  người nào quý vị có ghi tên vào giấy khai thuế của quý vị.

TÊN	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Quan Hệ với Quý Vị	TÊN	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Quan Hệ với Quý Vị
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	

### VIỆC LÀM VÀ NGHỀ NGHIỆP GẦN ĐÂY NHẤT

16. Sở làm của Bệnh Nhân:	17. Số điện thoại liên lạc ( ) - ( ) - ( )	18. Nếu tự làm chủ, ghi đang làm nghề gì:
19. Sở làm của Vợ/Chồng:	20. Số điện thoại liên lạc ( ) - ( ) - ( )	21. Nếu tự làm chủ, ghi đang làm nghề gì:
22. Ngày bắt đầu: ___/___/___	23. Ngày nghỉ việc: ___/___/___	24. Đang có việc làm: <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không
25. Có bị mất năng lực làm việc ít nhất là 12 tháng? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không		

### THÔNG TIN VỀ TÀI TRỢ BẢO HIỂM

26. Bảo Hiểm Sức Khỏe: <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	Số điện thoại của Bảo Hiểm Sức Khỏe: ( ) - ( ) - ( )	27. Có bị tổn thương gây ra bởi đệ tam nhân (như bị tai nạn xe, trượt té)? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không	28. Có bảo hiểm tài trợ (như bảo hiểm xe)? <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không
Tên Công Ty Bảo Hiểm: _____			

### THU NHẬP HÀNG THÁNG HIỆN NAY

	Nguồn Thu Nhập Hàng Tháng	Bệnh Nhân	Vợ/Chồng	Người khác	
29a)	<b>TỔNG SỐ THU NHẬP (thuế &amp; các mục khác)</b>	\$	\$	\$	30. Quý vị có Bác Sĩ Chính (PCP) tại y viện cộng đồng? Nếu Có. Bác Sĩ Chính (PCP) tên gì? _____
29b)	Thu nhập từ việc làm tự do (do mình làm chủ)	\$	\$	\$	
29c)	Thu nhập khác:	\$	\$	\$	
29d)	Tiền lời và lợi tức từ các cổ phần	\$	\$	\$	Quý vị có Bác Sĩ Chính (PCP) tại VMC? Nếu Có. Bác Sĩ Chính (PCP) tên gì? _____
29e)	Thu nhập từ bất động sản hoặc tài sản cá nhân	\$	\$	\$	
29f)	Trợ Cấp An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$	<b>Dành cho Văn Phòng/For Office Use Only</b>
29g)	Thu nhập khác (ghi rõ):	\$	\$	\$	
29h)	Tiền cấp dưỡng hoặc trợ cấp nhận được	\$	\$	\$	
29i)	<b>Cộng tất cả số tiền ở cột bên phải từ hàng (29a) đến (29h)</b>	\$	\$	\$	
29j)	Tiền cấp dưỡng hoặc trợ cấp phải trả	\$	\$	\$	
29k)	<b>Khấu trừ số tiền hàng (29j) với hàng (29i). Đây là thu nhập mỗi tháng.</b>	\$	\$	\$	
29l)	<b>TỔNG SỐ THU NHẬP TỪ CÁC CỘT hàng 29k</b> →	\$			

### KÝ TÊN

Tôi xác nhận dưới sự chế tài của luật khai man, qua chữ ký của tôi, rằng thông tin do tôi cung cấp theo yêu cầu của văn kiện này là đúng sự thật và đầy đủ theo sự hiểu biết và tin tưởng tốt nhất của tôi. Tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm thông báo SCVHHS và bất cứ chương trình nào tôi có điều kiện hưởng, bao gồm nhưng không giới hạn, các Chương Trình Trợ Giúp Dược Phẩm, nếu có bất cứ sự thay đổi nào về chỗ ở, tình trạng tài chính, và/hoặc sự tài trợ của đệ tam nhân. Tôi cũng xác nhận qua chữ ký, tôi đã đọc và hiểu tất cả nội dung trên đây và đồng ý cho nhân viên Chương Trình Trợ Giúp Dược Phẩm đại diện tôi hành động trong thủ tục nhận thuốc. Tôi ưng thuận cho phổ biến thông tin của tôi đến các Công Ty Dược Phẩm nhằm mục đích kiểm tra kế toán chương trình "Bulk Replacement Patient Assistance" cũng như Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội Hạt Santa Clara (SCSSA) nhằm mục đích cứu xét điều kiện cấp Medi-Cal, và ủy quyền cho SCSSA cấp thông tin về tình trạng Medi-Cal của tôi. Tôi xác nhận tất cả thông tin trên đây là đúng và đầy đủ và ủy quyền cho SCVHHS yêu cầu kiểm tra tin dụng và/hoặc xác minh bất cứ thông tin nào trên đây nếu xét thấy cần thiết.

**KÝ TÊN** \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_