

Danh Sách Kiểm Tra Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Sử dụng danh sách kiểm tra này khi điền đơn đăng ký để đảm bảo quý vị có tất cả các tài liệu cần thiết. Để biết hướng dẫn chi tiết hơn, vui lòng tham khảo tập tài liệu có tên "Cách Điền Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính".

NẾU KHÔNG CÓ BẢO HIỂM Y TẾ, quý vị phải làm việc với ElevatePFS trước khi điền đơn đăng ký này. ElevatePFS làm việc với Bệnh Viện Thành Phố Bắc Kansas để giúp bệnh nhân có bảo hiểm y tế và hiểu các lựa chọn chăm sóc tài chính. Để liên hệ với ElevatePFS, **hãy gọi (888) 689-6960**.

Hoàn thành **Phần A - Thông Tin Bệnh Nhân**

Hoàn thành **Phần B - Tài Liệu**

Đính kèm bản sao của **tất cả** các tài liệu sau đây. Nếu đã kết hôn, quý vị cũng phải đính kèm từng tài liệu trên của **vợ/chồng** của quý vị, ngay cả khi họ không cần hỗ trợ tài chính.



1. Tờ khai thuế thu nhập gần đây nhất đã nộp cho IRS

Quý vị Vợ/chồng (nếu khai thuế thu nhập riêng)

Hướng dẫn: Tờ khai thuế thu nhập được dán nhãn **Mẫu 1040** ở trên cùng.

2. **Toàn bộ** sao kê ngân hàng trong 2 tháng gần nhất

Quý vị Vợ/chồng

Hướng dẫn: Vui lòng bao gồm tất cả các trang trong bảng sao kê ngân hàng của quý vị, ngay cả khi các trang đó trống.

3. **Tất cả** cuống phiếu lương trong 2 tháng qua **HOẶC** Thư Thông Báo Trợ Cấp An Sinh Xã Hội/Khuyết Tật

Quý vị Vợ/chồng

Hướng dẫn: Đăng nhập vào tài khoản An Sinh Xã Hội của quý vị tại <https://secure.ssa.gov/> để tải xuống và in thư thông báo trợ cấp. Thư này sẽ có tên và logo của Sở An Sinh Xã Hội ở trên cùng. Quý vị cũng có thể gọi đến 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 7:00 tối để yêu cầu gửi bản sao qua thư.

Xin lưu ý: Quý vị có thể được yêu cầu cung cấp thêm tài liệu hoặc giấy tờ giải thích theo quyết định của Cố Vấn Nguồn Lực Tài Chính.

Hoàn thành **Phần C - Thông Tin của Bên Chịu Trách Nhiệm**

Hoàn thành **Phần D – Người Phụ Thuộc**

Hoàn thành **Phần E - Thu Nhập & Tài Sản của Hộ Gia Đình**

Hoàn thành **Phần F – Chữ Ký & Ngày**

Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Phần a – thông tin bệnh nhân

Họ _____ Tên _____ Ngày Sinh _____ SSN _____
Địa chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____
Số Điện Thoại Nhà Riêng _____ Số Điện Thoại Di Động _____ Số Điện Thoại Liên Hệ Công Việc _____
Tình Trạng Hôn Nhân: Độc Thân Bạn Đời Sống Chung Đã Kết Hôn Ly Thân Ly Hôn Góa
Người phụ thuộc của quý vị có tài khoản nào tại NK Health cần được xem xét trong đơn đăng ký này không?
 Có Không

Phần b – giấy tờ

Vui lòng gửi kèm bản sao của các loại giấy tờ sau đây:

- Tờ khai thuế thu nhập gần nhất
- Sao kê ngân hàng trong hai tháng gần nhất
- Phiếu lương của hai tháng gần nhất, hoặc thư xác nhận Phúc Lợi An Sinh Xã Hội/Phúc Lợi Khuyết Tật

Nếu không thể cung cấp những loại giấy tờ đó, vui lòng liên hệ với Cố Vấn về Nguồn Lực Hỗ Trợ (816.691.2598) để thảo luận về các bằng chứng khác có thể được cung cấp để chứng minh khả năng hội đủ điều kiện.

Phần c – thông tin về bên chịu trách nhiệm

Ví dụ: vợ hoặc chồng, bạn đời sống chung, cha mẹ, người giám hộ, người bảo lãnh, v.v. **Nếu giống như bệnh nhân, hãy chuyển sang Phần D.**

Họ _____ Tên _____ Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân _____
SSN _____ Số Điện Thoại Nhà Riêng _____ Số Điện Thoại Di Động _____
Số Điện Thoại Liên Hệ Công Việc _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Phần d – người phụ thuộc

Liệt kê tất cả người phụ thuộc sống tại nhà của người nộp đơn **mà người nộp đơn phải chịu trách nhiệm tài chính.** Đánh dấu vào ô thể hiện mối quan hệ phù hợp với từng người phụ thuộc. **Đính kèm thêm một tờ nếu cần thiết.**

TÊN	TUỔI	VỢ HOẶC CHỒNG/BẠN ĐỜI	CHA MẸ	TRẺ EM (DƯỚI 21 TUỔI)	KHÁC

Số người trong hộ gia đình: _____ Số trẻ em dưới 21 tuổi trong gia đình: _____ TRÊN>

Phần e – thu nhập & tài sản của hộ gia đình**Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (30 ngày qua)**

Nguồn Thu Nhập	Bệnh Nhân/Người Nộp Đơn	Vợ hoặc Chồng/Bạn Đời Sống Chung	Loại Tài Sản	Bệnh Nhân/Người Nộp Đơn	Vợ hoặc Chồng/Bạn Đời Sống Chung
Tổng Tiền Công/Tiền Lương	\$	\$	Giá trị ngôi nhà (nếu sở hữu nhà)	\$	\$
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	\$	\$	Số dư nợ	\$	\$
Phúc Lợi Khuyết Tật	\$	\$	Giá trị (nếu có bất động sản khác)	\$	\$
Phúc Lợi Thất Nghiệp	\$	\$	Số dư nợ	\$	\$
Trợ Cấp của Tiểu Bang	\$	\$	Cổ Phiếu/Trái Phiếu	\$	\$
Tiền cấp dưỡng/Trợ Cấp Nuôi Con	\$	\$	Chứng Chỉ Tiền Gửi (CD)	\$	\$
Thu Nhập Từ Cho Thuê/Kinh Doanh	\$	\$	Quỹ IRA/Hưu Trí	\$	\$
Khoản Vay/Học Bổng Sinh Viên	\$	\$	(Các) Tài Khoản Thanh Toán/Tiết Kiệm	\$	\$
Khác	\$	\$	(Các) Tài Khoản Đầu Tư	\$	\$
Tổng Thu Nhập	\$	\$	Tổng Số Tài Sản	\$	\$

Nếu thu nhập là 0 \$, vui lòng đánh dấu vào những ô phù hợp:

Sống với người thân Sống với bạn bè Về hưu Thất nghiệp Tàn tật Vô gia cư Sinh viên

Khác: _____

Phần f – chữ ký

Khi ký tên vào dưới đây nghĩa là tôi xác thực thông tin trên là chính xác và đầy đủ về tình hình tài chính hiện tại của tôi, và tôi cho phép xác minh thông tin này.

Chữ ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm _____

Ngày _____

NKC Health™

2800 Clay Edwards Dr.
North Kansas City, MO 64116
(816) 691-2000
nkchealth.org