

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính Dành cho Phụ nữ

Vui lòng liên hệ với Chuyên viên Tư vấn Tài chính theo số (225) 924-8354 để được hỗ trợ điền vào đơn này

Tên: _____ SS# _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ Gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Bưu chính: _____

Số Điện thoại Nhà riêng _____ Số Điện thoại Di động: _____

Chủ lao động: _____ Quý vị đã kết hôn chưa? Có Không

Tên Vợ/Chồng: _____

Quý vị có được nhận Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)? Có Không

Quý vị đã nộp đơn xin Medicaid trong 3 tháng qua? Có Không

Quy mô gia đình quý vị như thế nào? _____ (Thành viên của hộ gia đình là các thành viên trong gia đình có tên trong tờ khai thuế liên bang gần nhất)

Liệt kê tên và độ tuổi của tất cả các thành viên khác của hộ gia đình ngoài quý vị và vợ/chồng quý vị:

Thu nhập Hộ gia đình

Lương của Bệnh nhân: \$ _____ Lương Vợ/Chồng: \$ _____ Lương Khác trong Hộ gia đình: \$ _____

Thu nhập Khác của Hộ gia đình:

Tiền cấp dưỡng \$ _____

Quyền lợi đối với người còn sống \$ _____

Cấp dưỡng con cái \$ _____

Thất nghiệp \$ _____

Lãi suất/Lợi tức \$ _____

Thanh toán cho Cựu chiến binh \$ _____

Thu nhập Lương hưu/Hưu trí \$ _____

Thù lao của Người lao động \$ _____

Hỗ trợ Cộng đồng \$ _____

Khác (giải thích) _____ \$ _____

An sinh Xã hội/Khuyết tật \$ _____

VUI LÒNG GỬI KÈM MẪU NÀY NHỮNG TÀI LIỆU SAU:

- Bản sao Chứng minh nhân dân có ảnh - *Nếu bệnh nhân không có Giấy phép Lái xe của Louisiana, chứng từ cư trú có thể được tạo lập bằng cách gửi hóa đơn tiện ích có tên hộ gia đình hoặc hợp đồng thuê/cho thuê có tên hộ gia đình*
- Phiếu lương hai tháng qua (có thể nộp tờ khai thuế gần nhất)
- Bản sao xác nhận Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (nếu có)
- Tài liệu hỗ trợ, như quyết định quyền lợi hoặc sao kê ngân hàng để xác nhận tất cả các thu nhập khác của hộ gia đình (có thể nộp tờ khai thuế gần nhất)
- Bản xác nhận của bệnh nhân nếu nộp đơn đăng ký nhận hỗ trợ khó khăn y tế - *Những người nộp đơn có tổng thu nhập gia đình hàng năm lớn hơn ngưỡng Nghèo của Liên bang có thể đủ điều kiện nộp đơn đăng ký nhận hỗ trợ khó khăn y tế bằng cách nộp bản xác nhận của bệnh nhân (từ bất kỳ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào) phát sinh trong sáu tháng trước khi nộp đơn này. Có thể nộp bản xác nhận của bệnh nhân cho tất cả các thành viên của gia đình người nộp đơn sống trong hộ gia đình và có tên trong tờ khai thuế liên bang gần nhất.*

Bằng cách ký vào tài liệu này, tôi hiểu rõ rằng các bệnh nhân có khả năng đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc các chương trình khác cần phối hợp và nộp đơn xin tham gia các chương trình này. Hơn nữa, tôi xác nhận rằng thông tin cung cấp ở trên là đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của Người nộp đơn _____ Ngày _____

Vui lòng gửi lại đơn này đến:
Chuyên viên Hỗ trợ Tài chính Bệnh viện Phụ nữ
100 Woman's Way • Baton Rouge, LA 70817