

Kính gửi Quý Bệnh nhân:

Quý vị sẽ tìm thấy Đơn Xin vào Chương trình Chăm sóc Từ thiện của INTEGRIS đính kèm. Việc hoàn thành đơn xin này sẽ cho phép chúng tôi xác định nhu cầu của quý vị trong việc nhận hỗ trợ tài chính cho (các) hóa đơn y tế của quý vị.

Chúng tôi hiểu mong muốn của quý vị liên quan đến quyền riêng tư. Thông tin được bao hàm trong đơn xin của quý vị sẽ được xử lý như thông tin bảo mật, ngoại trừ liên quan đến các mục đích xác thực. Thông tin sẽ KHÔNG được chia sẻ cho bất kỳ ai ngoài INTEGRIS Health, ngoại trừ những người có trách nhiệm dưới đây.

Vui lòng hoàn thành từng mục trong hồ sơ. Nếu quý vị cần thêm khoảng trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn xin hoặc một tờ giấy riêng. Báo cáo tín dụng có thể được thu thập để xác thực thông tin được đưa ra trong hồ sơ này. **Tất cả các tài liệu quý vị cung cấp sẽ trở thành tài sản của INTEGRIS Health và không thể được trả lại cho quý vị.**

Bản sao của tất cả các tài liệu được liệt kê dưới đây áp dụng đối với quý vị phải được nộp để có thể đưa ra quyết định cung cấp hỗ trợ.

1. Toàn bộ bản sao của 2016* Tax Transcript (Bản Khai Thuế Năm 2016) **(ĐỂ CÓ BẢN KHAI THUẾ CHÍNH THỨC TỪ I.R.S. HÃY GỌI 1-800-908-9946 hoặc truy cập trang web của họ tại IRS.gov)** hoặc hoàn thành Hoàn Thuế. *(Điều này không bao gồm mẫu W-2 hoặc các giấy biên nhận lương)*
2. Toàn bộ bản sao của 2016* Tax Transcript với Thư Cấp Số An Sinh Xã Hội (bao gồm thu nhập của vợ/chồng nếu áp dụng)
3. Toàn bộ bản sao của 2016* Tax Transcript với Tuyên bố Tình trạng Khuyết tật của Bác sĩ liệt kê một tình trạng khuyết tật lâu dài và tài liệu.

**Nếu tự làm chủ, vui lòng cung cấp một bản sao của bản hoàn thuế thu nhập cá nhân đã nộp gần đây nhất của quý vị và bản cân đối lãi lỗ hiện tại, bao gồm các bảng phụ lục áp dụng.*

Việc quý vị hoàn thành đơn xin này sau khi nhận và gửi lại đơn xin trong vòng 15 ngày là rất quan trọng. Nếu quý vị không cung cấp thông tin được yêu cầu, đơn xin của quý vị sẽ bị trì hoãn hoặc bị từ chối. Đơn xin **hoàn thành sẽ được xem xét trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận và quý vị sẽ được thông báo về quyết định được đưa ra trong vòng 60 ngày.** Bản sao của Chính sách Trợ giúp Tài chính và biểu mẫu đơn xin có sẵn tại www.integrisandme.com và trung tâm Dịch vụ Khách hàng của INTEGRIS Health, **3100 Quail Springs Parkway Suite 101, Oklahoma City, OK 73134** trong phạm vi INTEGRIS Health. Các bản sao miễn phí của Chính sách Trợ giúp Tài chính và đơn xin xin cũng có thể được nhận qua đường bưu điện bằng cách gọi điện cho phòng Dịch vụ Khách hàng theo số 405-252-8400. Thông tin bổ sung về Chính sách Trợ giúp Tài chính cũng có sẵn theo yêu cầu tại bất kỳ khu vực nhập viện nào và tại Dịch vụ Khách hàng, **3100 Quail Springs Parkway Suite 101, Oklahoma City, OK 73134 or by telephone at 405-252-8400.**

Trân trọng,

INTEGRIS Health
Phòng Dịch vụ Khách hàng



Đơn Xin được Trợ Giúp Từ Thiện

CƠ SỞ: _____

Số tài khoản: _____

Số Người Bảo lãnh: _____

Tên Bệnh nhân: Họ _____ Tên _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ: _____ **Thành phố** _____ **Tiểu bang** _____ **Zip** _____

Tên Người bảo lãnh: _____

Số An sinh Xã hội: _____

Đã kết hôn _____ Độc thân _____ Ly dị _____ Ly thân _____ Góa bụa _____

Quý vị có con nhỏ không (dưới 18 tuổi)? Có _____ Không _____

Con quý vị có sống cùng quý vị không? Có _____ Không _____

Có phải chúng là con đẻ/con nuôi hợp pháp? Có _____ Không _____

Tên Chủ Lao động

Tên Chủ Lao động của Vợ/chồng

Số Điện thoại _____

Số Điện thoại _____

Địa chỉ _____

Địa chỉ _____

Nghề nghiệp _____

Nghề nghiệp _____

Thu nhập (Khoản tiền Hàng tháng)

Tổng Ròng

Thành viên Gia đình

Bệnh nhân	\$ _____	\$ _____
Vợ/chồng	\$ _____	\$ _____
Người phụ thuộc	\$ _____	\$ _____
Trợ Giúp Công Cộng	\$ _____	\$ _____
Tem Thực phẩm	\$ _____	\$ _____
An sinh Xã hội	\$ _____	\$ _____
Thất nghiệp	\$ _____	\$ _____
TỔNG	\$ _____	\$ _____

Con: _____	Tuổi: _____
Con: _____	Tuổi: _____
Con: _____	Tuổi: _____
Con: _____	Tuổi: _____

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin nào khác quý vị cảm thấy có thể hữu ích cho chúng tôi trong việc xác định việc hội đủ điều kiện để được trợ giúp thanh toán cho (các) hóa đơn y tế của quý vị.

*Tôi hiểu rằng INTEGRIS Health có thể xác thực thông tin tài chính có trong đơn xin này trong quá trình đánh giá đơn xin này và bằng văn bản này cho phép INTEGRIS chia sẻ thông tin của tôi khi cần thiết để xem xét yêu cầu được trợ giúp tài chính của tôi, bao gồm liên lạc với chủ lao động của tôi để xác nhận thông tin đã được cung cấp và yêu cầu một báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng. Tôi nhận thức được rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định việc hội đủ điều kiện của tôi để được trợ giúp từ thiện. Thông tin trong đơn xin này là chính xác và đúng với nhận thức tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ tuyên bố không chính xác, không đầy đủ hoặc sai nào có thể dẫn đến việc từ chối đơn xin trợ giúp tài chính của tôi. **Tôi đồng ý thông báo cho INTEGRIS bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính của tôi. Đơn xin này phải được hoàn thành để xử lý, nếu không được hoàn thành nó có thể được trả lại cho bệnh nhân để hoàn thành.** Tôi cũng hiểu rằng bất kỳ khoản bồi hoàn chi phí y tế nào tôi nhận được liên quan đến việc nằm viện này phải được gửi đến INTEGRIS.*

Chữ ký của người đưa ra yêu cầu

Ngày

Chữ ký của người đưa ra yêu cầu, nếu không phải là bệnh nhân

Quan hệ