

Bệnh viện McKinney Methodist
Mẫu hỗ trợ tài chính

Hướng dẫn điền vào biểu mẫu này

Để được xem xét tài chính đặc biệt, bệnh nhân phải điền vào mẫu đơn này, đính kèm các tài liệu cần thiết và nộp cho **Bệnh viện McKinney Methodist**. Thông tin được kiểm tra và các quyết định thích hợp được đưa ra kịp thời. Các tài liệu sau đây được cung cấp để cài đặt:

- Biểu mẫu này đã hoàn thành và có chữ ký
- Bản sao tờ khai thuế liên bang đã ký của quý vị cho năm trước
- Bản sao chứng phiếu lương trong 2 tháng qua
- Bản sao các hóa đơn tiện ích gần đây, hóa đơn tiền thuê nhà / thế chấp, hóa đơn y tế, biên lai cho vay tự động, sao kê ngân hàng, biên lai cấp dưỡng / hỗ trợ nuôi con, biên lai hỗ trợ của chính phủ và các báo cáo thu nhập / đầu tư khác (ví dụ: báo cáo 401K)

Thông tin bên liên hệ

Bên chịu trách nhiệm	_____	Tình trạng hôn nhân	_____
địa chỉ	_____	điều kiện	_____
SN.	_____	ngày sinh	_____
ngày dùng	_____	điện thoại	_____
địa chỉ	_____	điều kiện	_____
chồng	_____	ngày sinh	_____
Chủ nhân của chồng	_____	điện thoại	_____
Số lượng trẻ em trong nhà	_____	Cổ	_____

Thông tin thu nhập hàng tháng

Gửi tài liệu cho nguồn thu nhập của bạn: Mẫu W-2, tờ khai thuế thu nhập, báo cáo xác nhận hoặc xác minh dữ liệu. Nếu bạn tự làm chủ, bạn có thể cần báo cáo tài chính.

	Bên chịu trách nhiệm	chồng
Tiền lương trước khi khấu trừ	_____	_____
Tiền cấp dưỡng / Hỗ trợ nuôi con	_____	_____
Bồi thường cho người khuyết tật / người lao động	_____	_____
Annuity	_____	_____
Thu nhập an sinh xã hội	_____	_____
Cổ tức/Thu nhập lãi	_____	_____
Thu nhập cho thuê	_____	_____
Thu nhập từ Quỹ kế thừa	_____	_____
Trợ giúp xã hội / Trợ giúp công cộng	_____	_____
Tem phiếu thực phẩm	_____	_____
Khác (vui lòng liệt kê)	_____	_____
Cắt giảm thuế tiểu bang / liên bang	_____	_____
Trừ đi các khoản chiết khấu khác	_____	_____
Tổng thu nhập hàng tháng	\$ _____	\$ _____

Bệnh viện McKinney Methodist
Mẫu hỗ trợ tài chính

THÔNG TIN TÀI CHÍNH

hoạt động	giá trị	giá trị
Tiền mặt/tài khoản séc	_____	sự đầu tư _____
Tiết kiệm	_____	Bảo hiểm nhân thọ _____
Cổ phiếu &; Trái phiếu	_____	Kết thúc _____

Tất cả chỗ ở &; phương tiện

	giá trị	cân	Trả góp hàng tháng
Thuê nhà/tài sản (Phương án 1)	_____	_____	_____
Tài sản khác	_____	_____	_____
Xe #1	động từ mẫu năm _____	_____	_____
Xe #2	động từ mẫu năm _____	_____	_____
Xe #3	động từ mẫu năm _____	_____	_____

Chi phí y tế

Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe	cân	INS thanh toán	Trả góp hàng tháng
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Liệt kê tất cả các chủ nợ khác

(Thẻ tín dụng, đặt hàng qua thư, v.v. - đính kèm một tờ riêng nếu cần)

Tên chủ nợ	Các loại khoản vay	cân	Trả góp hàng tháng
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cho thuê thiết bị hoặc đồ nội thất: _____

Bạn đã bao giờ nộp đơn xin phá sản chưa? Có/Không Xin vui lòng cho tôi biết ngày _____

Các chi phí hàng tháng khác

thoát	Trả góp hàng tháng	thoát	Trả góp hàng tháng
thức ăn	_____	Bảo hiểm xe ô tô	_____
điện thoại	_____	Truyền hình cáp	_____

Bệnh viện McKinney Methodist
Mẫu hỗ trợ tài chính

Điện/Gas/Nước/Nước thải _____

Bảo hiểm y tế _____

đóng góp _____

giải trí _____

Khác (danh sách) _____

Khác (danh sách) _____

Chỉ dành cho văn phòng...

Tóm tắt tài chính hàng tháng

Tổng doanh thu: _____

Tổng phụ:

**thuốc
xe** \$ _____

**Bác sĩ hàng tháng
tài khoản** \$ _____

**Nợ
tín dụng** \$ _____

**Hàng tháng khác
tài khoản** \$ _____

Tổng chi phí: _____

Thuật ngữ và phản hồi của bệnh nhân

Trả lời các câu hỏi sau: Nếu cần, hãy đính kèm các trang bổ sung.

Bạn đã nộp đơn xin Medicaid và bị từ chối hoặc thấy không đủ điều kiện nhận nó chưa? Có Không (vòng tròn đầu tiên)

Bạn đã bao giờ nhờ một thành viên trong gia đình giúp đỡ chưa? Có Không (vòng tròn đầu tiên)

Bạn đã bao giờ tìm kiếm sự giúp đỡ từ các giáo sĩ hoặc nhà thờ chưa? Có Không (vòng tròn đầu tiên)

Tôi có thể trả bao nhiêu mỗi tháng? _____

Phản hồi: _____

Tôi xin tuyên bố rằng thông tin do bạn cung cấp là chính xác và đầy đủ. Cấp **Bệnh viện McKinney Methodist** Để xác minh thông tin này, bao gồm bằng cách yêu cầu báo cáo từ văn phòng tín dụng. Tôi hiểu rằng nếu tôi tin rằng thông tin đó là sai lệch hoặc sai lệch, tôi có thể bị từ chối xem xét tài chính đặc biệt và sẽ chịu trách nhiệm thanh toán cho tất cả các chi phí phát sinh cho các dịch vụ được cung cấp.

X _____

Lịch sử: _____

Chữ ký của bên chịu trách nhiệm