



SENTARA®

Hospitales Sentara  
sentara.com

**Đơn xin hỗ trợ tài chính**  
Application for Financial Assistance

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Số Tài khoản: \_\_\_\_\_  
*Patient Name Account #*

Địa chỉ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_  
*Patient Address*

Số Điện thoại: \_\_\_\_\_ Ngày nhập viện: \_\_\_\_\_ Ngày ra viện: \_\_\_\_\_  
*Phone # Admit Date Discharge Date*

Tổng chi phí: \_\_\_\_\_ Số tiền giảm trừ: \_\_\_\_\_  
*Total Charges Write Off Amount*

Yêu cầu hỗ trợ bởi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với bệnh nhân \_\_\_\_\_  
*Assistance Requested by: Relationship to Patient*

Liệt kê từng thành viên của hộ gia đình bệnh nhân, bao gồm cả bệnh nhân, **như được liệt kê trên tờ khai hoàn thuế**. Sử dụng thêm giấy nếu cần thiết.

List every member of the patient's household, including patient, **as listed on the tax return**. Use additional sheets if necessary.

TÊN NAME	TUỔI AGE	MỐI QUAN HỆ RELATIONSHIP	TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG MONTHLY GROSS INCOME	NGUỒN THU NHẬP SOURCE OF INCOME

**VUI LÒNG HOÀN THÀNH MỤC SAU VỀ TÀI SẢN, KHOẢN NỢ, THU NHẬP VÀ CHI THIÊU CỦA QUÝ VỊ:**  
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

Quý vị sở hữu nhà riêng hay thuê nhà?  Sở hữu  Đi thuê Tiền thuê nhà/trả góp hàng tháng: \_\_\_\_\_ \$  
*Do you own or rent your home? Own Rent Monthly rent/mortgage amount*

Số tiền còn lại của khoản trả góp: \_\_\_\_\_ \$  
*Amount remaining on mortgage*

Quý vị có xe ô tô riêng hay đi thuê xe?  Sở hữu  Đi thuê Tiền thanh toán xe cộ hàng tháng: \_\_\_\_\_ \$  
*Do you own or lease your car? Own Lease Monthly car payment amount*

Khoản tiền còn nợ mua xe: \_\_\_\_\_ \$  
*Remaining car loan balance*

Chi phí sinh hoạt hàng tháng của quý vị là bao nhiêu?  Dưới 500\$  Từ 500\$ đến 1.000\$  
*How much is your monthly living expense? Less than \$500 Between \$500 and \$1,000*  
 Từ 1.000\$ đến 2.000\$  Trên 2.000\$  
*Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000*

Tổng thu nhập của gia đình trong ba (3) tháng vừa rồi \_\_\_\_\_ \$  
*Total family income for the last three (3) months*

Số dư tài khoản vãng lai \_\_\_\_\_ \$ Số dư tài khoản tiết kiệm \_\_\_\_\_ \$  
*Checking Account Balance Savings Account Balance*

Khoản đầu tư không thuộc quỹ hưu trí \_\_\_\_\_ \$ Số dư tiết kiệm hưu trí \_\_\_\_\_ \$  
*Non-Retirement Investment Retirement Savings Balance*

**VUI LÒNG KIỂM TRA NẾU BẠN NHẬN ĐƯỢC HOẶC CÓ BẤT CỨ NGUỒN LỰC THÊM VÀO DƯỚI ĐÂY:**  
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

- Bảo hiểm thương mại  Bảo hiểm dành cho cựu chiến binh  Champus/Tricare  Medicare  Medicaid  
*Commercial Insurance Veteran's*
- SNAP  Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng  TANF  COBRA  Các mục khác, vui lòng ghi rõ: \_\_\_\_\_  
*Food Stamps Other, please specify*

Dịch vụ này có phải do tai nạn mà trong đó quý vị có thể có yêu cầu bồi thường hoặc được luật sư đại diện? \_\_\_\_\_  
*Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?*

Nếu đúng, vui lòng cho biết tên của luật sư và thông tin liên lạc? \_\_\_\_\_  
*If so, what is the attorney's name and contact information?*

Tôi xác nhận thông tin nêu trên là đúng và chính xác. Tôi đồng ý cho Sentara Hospitals xác nhận thông tin này với người sử dụng lao động và các cơ quan khác. Tôi cũng hiểu rằng thông tin này sẽ được Liên bang và/hoặc các cơ quan Chính phủ xem xét đánh giá. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể làm đơn xin bất cứ sự trợ giúp nào khác mà tôi có thể tiếp cận.  
*I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.*

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày yêu cầu \_\_\_\_\_  
*(Signature) (Date Requested)*

Place  
Stamp  
Here

Sentara Healthcare  
ATTN: Financial Assistance Coordinator  
535 Independence Parkway, Suite 700  
Chesapeake, Virginia 23320

Kính gửi quý bệnh nhân của Sentara,

Là một nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, chúng tôi quan tâm tới sức khỏe của bệnh nhân từ lúc bắt đầu nhập viện tới khi xuất viện và khi ra hóa đơn.

Chúng tôi hiểu rằng các chi phí chăm sóc sức khỏe thường không được lên hoạch trước và việc đáp ứng các yêu cầu tài chính có thể quá sức đối với quý vị. Điều này đặc biệt đúng nếu quý vị không được bảo hiểm sức khỏe chi trả.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị có thể đủ tiêu chuẩn để được hỗ trợ tài chính hoặc được chăm sóc theo tỷ lệ được khấu trừ dựa trên thu nhập của quý vị, vui lòng giúp chúng tôi đánh giá khả năng đủ tiêu chuẩn để được hỗ trợ bằng cách hoàn thành biểu mẫu này và gửi lại cho chúng tôi.

Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi theo số (757) 233-4600 hoặc (757) 984-4600 tại Williamsburg. Chúng tôi mong chờ được hỗ trợ quý vị.



SENTARA®

Đối tác cộng đồng, vì sức khỏe phi lợi nhuận của quý vị

HRNV\_VIE