

Đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính

Vui lòng chọn địa điểm nhận dịch vụ (vui lòng đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp)

Central Vermont Medical Center

Porter Medical Center

UVM Medical Center

Thông tin chủ hộ / người bảo lãnh tài chính

Chủ hộ	Ngày sinh	Số an sinh xã hội	Tình trạng hôn nhân	Số điện thoại
Địa chỉ	Thành phố		Tiểu bang	Mã zip

Thành viên hộ gia đình

Liệt kê tất cả các thành viên gia đình sống cùng nhà quý vị, tính cả bạn đời sống chung. Bạn đời sống chung là người sống cùng quý vị, có mối quan hệ cam kết / gắn bó với quý vị.

Tên	Ngày sinh	Số an sinh xã hội	Mối quan hệ

Thông tin bổ sung

Quý vị có được đài thọ theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm y tế nào không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin xuống bên dưới:	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Tên công ty bảo hiểm:	Mã ID:	
Quý vị có nộp đơn hưởng bảo hiểm Medicaid Vermont hoặc New York không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Quý vị có nộp đơn hưởng bảo hiểm lên Vermont hoặc New York Health Exchange không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang sống, làm việc hoặc đi học tại Vermont không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Chi tiêu hằng tháng

Chúng tôi sử dụng thông tin này để hiểu thêm về tình hình tài chính của quý vị

Tiền thuê nhà hoặc khoản vay thế chấp	\$:	Thuốc men	\$:
Thuế bất động sản	\$:	Bảo hiểm y tế	\$:
Tiện ích (nước / điện)	\$:	Hóa đơn chăm sóc sức khỏe	\$:
Ô tô (khoản phải chi cho xe hơi)	\$:	Bảo hiểm (ô tô / bất động sản)	\$:
Giữ trẻ	\$:	Tiền cấp dưỡng sau ly hôn / Cấp dưỡng nuôi con	\$:
Sinh hoạt (thực phẩm / gas)	\$:	Chi phí khác	\$:

Vui lòng đính kèm thêm giấy nếu quý vị muốn cho chúng tôi biết thêm bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến tình hình tài chính hiện tại của mình. Chẳng hạn như khó khăn trong việc thanh toán hóa đơn, trả tiền thuê nhà hay mua thực phẩm.

Tình hình việc làm

	Chủ hộ / Người bảo lãnh tài chính	Vợ / chồng hoặc Bạn đời sống chung
	\$:	\$:

Thu nhập hằng tháng

Lương gộp	\$:	\$:
Thu nhập từ hoạt động tự kinh doanh	\$:	\$:
Phúc lợi an sinh xã hội	\$:	\$:
Lương hưu / Tiền rút từ quỹ hưu trí	\$:	\$:
Phụ cấp khuyết tật (không bao gồm phúc lợi từ Bộ Cựu chiến binh [Veterans Affairs, VA])	\$:	\$:
Trợ cấp thất nghiệp	\$:	\$:
Thu nhập từ cho thuê	\$:	\$:
Thu nhập từ cổ tức	\$:	\$:
Thu nhập khác:	\$:	\$:

Điền tiếp đơn đăng ký ở trang sau

Tài sản

Tiền mặt / Khoản tiết kiệm / Khoản đầu tư

	Chủ hộ / Người bảo lãnh tài chính	Vợ/chồng hoặc Bạn đời sống chung
Séc	\$:	\$:
Khoản tiết kiệm	\$:	\$:
Chứng chỉ tiền gửi (Certificate of Deposit, CD)	\$:	\$:

Cổ phiếu / Quỹ tương hỗ	\$:	\$:
Trái phiếu	\$:	\$:
Niên kim	\$:	\$:
Thị trường tiền tệ	\$:	\$:
Tài khoản tín thác	\$:	\$:
Khác:	\$:	\$:
Bất động sản khác (Không bao gồm nhà ở chính)		
	Giá trị	Dư nợ khoản vay thế chấp
Nhà nghỉ dưỡng / Nhà ở phụ	\$:	\$:
Đất đai	\$:	\$:
Bất động sản cho thuê	\$:	\$:
Giấy tờ cần nộp (phải nộp để được xử lý đơn đăng ký)		
Giấy tờ chứng minh thu nhập cần nộp, nếu có <ul style="list-style-type: none"> • Tờ khai thuế liên bang gần đây nhất • Báo cáo kết quả kinh doanh • Hai cuốn lương gần đây nhất • Thư xác minh phúc lợi an sinh xã hội • Văn bản xác minh thu nhập từ hãng sở 		Giấy tờ chứng minh tài sản cần nộp, nếu có <ul style="list-style-type: none"> • Sao kê ngân hàng • Báo cáo tài khoản đầu tư • Báo cáo trái phiếu • Hóa đơn thuế của bất động sản phụ • Sao kê khoản vay thế chấp để mua bất động sản phụ
Vui lòng đọc kỹ		
<p>Tôi nộp đơn này để xin hỗ trợ tài chính từ các đối tác tại Vermont của University of Vermont Health Network. Tôi xác minh rằng toàn bộ thông tin tôi cung cấp đều chính xác và đầy đủ. Tôi cho phép University of Vermont Health Network tiến hành xác minh các thông tin liên quan, cũng như trao đổi thông tin về tài khoản, đơn đăng ký và giấy tờ chứng minh của tôi với các nhà cung cấp liên kết. Nếu tôi cung cấp bất kỳ thông tin nào không chính xác, chưa đầy đủ hoặc sai lệch, đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính của tôi có thể bị hủy bỏ. Tôi đồng ý trả lại toàn bộ khoản hỗ trợ tài chính nếu tôi được thanh toán cho bất kỳ loại dịch vụ y tế nào được đài thọ theo đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính này. University of Vermont Health Network đang và sẽ có quyền tiếp cận hồ sơ và báo cáo của cơ quan tin dụng cho mục đích thu nợ. Nội dung cho phép này được trình bày thể theo Chương mục 9, Phần 2480e trong Luật Vermont (Vermont Statutes). Tất cả các thông tin được cung cấp sẽ được bảo mật theo các điều khoản trong quy định liên bang của Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (Federal Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).</p>		
Chữ ký của chủ hộ / người bảo lãnh tài chính		Ngày

Ghi chú / thông tin bổ sung quý vị muốn chia sẻ...
--

Vui lòng gửi đơn đăng ký đã điền đầy đủ qua đường bưu điện đến đối tác của University of Vermont Health Network (UVMHN) ở nơi quý vị thường nhận dịch vụ y tế. Vui lòng đính kèm giấy tờ bắt buộc vào đơn đăng ký.

Central Vermont Medical Center
 Financial Assistance Program
 PO Box 547
 Barre, VT 05641
 Fax # 802-371-5339

Porter Medical Center
 Patient Financial Services Dept
 115 Porter Drive
 Middlebury, VT 05753
 Fax # 802-355-5696

University of Vermont Medical Center
 Financial Assistance Program
 Patient Access Department IDX 22052
 111 Colchester Avenue
 Burlington, VT 05401
 Fax # 802-847-7618