

Kính gửi Quý Bệnh nhân:

Kèm theo đây là Đơn Xin Tham Gia Chương Trình Trợ Giúp Y Phí của OCOM. Việc điền mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi cân nhắc nhu cầu cần trợ giúp y phí cho các hóa đơn y tế của quý vị. Quý vị phải nộp lại đơn xin sáu tháng một lần và phải ghi tổng thu nhập của hộ gia đình và tổng số người cư ngụ trong hộ gia đình.

Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, tất cả các giấy tờ nhận được sẽ được coi là thông tin bảo mật, trừ khi sử dụng cho các mục đích xác minh, và sẽ KHÔNG được chia sẻ với bất kỳ ai ở bên ngoài OCOM.

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các mục trong đơn xin. Nếu quý vị cần thêm ô trống để giải thích, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn xin. Chúng tôi có thể lấy báo cáo tín dụng để kiểm tra xác nhận các thông tin cung cấp. Các giấy tờ chụp lại bằng hình ảnh sẽ không được chấp nhận. Tất cả các chứng từ cung cấp sẽ trở thành tài sản của OCOM và không thể trả lại cho quý vị.

Quý vị phải nộp bản sao tất cả các giấy tờ ghi dưới đây áp dụng cho trường hợp của quý vị để chúng tôi quyết định quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. Không chấp nhận các hồ sơ tự khai thuế.

- 1. Toàn bộ bản sao Hồ Sơ Khai Thuế cho Năm Trước Đó. (Không gửi kèm các mẫu W-2 hoặc cuống phiếu lương) o (Gọi số 1-800-908-9946 để lấy Hồ Sơ Khai Thuế IRS Chính Thức của quý vị).**
- 2. Thư Thông Báo Nhận Phúc Lợi An Sinh Xã Hội. (Cung cấp bằng chứng về thu nhập của vợ/chồng, nếu thích hợp).**
- 3. Giấy Xác Nhận Tình Trạng Tàn Tật của Bác Sĩ, trong đó cho biết tình trạng tàn tật vĩnh viễn cùng với chứng từ.**
- 4. Tự Kinh Doanh: Bản sao hồ sơ khai thuế thu nhập liên bang cá nhân mới nộp trong thời gian gần đây nhất và bản kết toán lời lỗ mới nhất, trong đó bao gồm tất cả các phần phụ lục áp dụng.**
- 5. Những Người Không Khai Thuế: Cung cấp thư Xác Nhận Không Khai Thuế của IRS.**
- 6. Bất kỳ chứng từ nào khác theo yêu cầu, để giải quyết đơn xin của quý vị.**

Quý vị cần điền đơn xin này ngay sau khi nhận được và nộp lại trong vòng 15 ngày. Chúng tôi sẽ xét đơn xin trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được và quý vị sẽ nhận được thư thông báo quyết định trong vòng 60 ngày.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc điền đơn xin này hoặc có thắc mắc, vui lòng liên lạc với văn phòng chúng tôi tại số (405) 602-6500. Giờ làm việc của văn phòng là Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 sáng - 5:00 chiều. Cảm ơn sự hợp tác của quý vị.

Trân trọng,



Cơ sở: _____
 Acct#: _____
 Guar #: _____

Đơn Đăng Ký Hỗ trợ Tài chính

Tên Bệnh nhân Họ _____ Tên: _____

Ngày sinh của Bệnh nhân: _____ Mã số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố _____ Bang _____ Mã bưu chính _____

Tên Người Đảm bảo/Vợ/Chồng _____ Số điện thoại: _____

Ngày sinh: _____ Mã số An sinh Xã hội: _____

Đã kết hôn _____ Độc thân _____ Li dị _____ Góa Vợ/Chồng _____

Quý vị có con ở tuổi vị thành niên không (dưới 18)? Có _____ Không _____ Những
 người con đó có sống với quý vị không? Có _____ Không _____ Họ có phải
 là con đẻ/nhận nuôi hợp pháp của quý vị? Có _____ Không _____

Tên của Chủ Lao Động

Số điện thoại # _____

Địa chỉ _____

Nghề nghiệp _____

Thu Nhập _____

(Tổng Hàng Tháng)

Bệnh nhân \$ _____

Vợ/Chồng \$ _____

Người phụ thuộc \$ _____

Hỗ trợ công \$ _____

An Sinh Xã Hội \$ _____

Thất nghiệp \$ _____

TỔNG \$ _____

Tổng

Ròng

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Tên Chủ Lao Động của Vợ/Chồng

Số điện thoại # _____

Địa chỉ _____

Nghề nghiệp _____

Thành viên Gia đình

Trẻ em _____ Tuổi _____

Trẻ em _____ Tuổi _____

Trẻ em _____ Tuổi _____

Trẻ em _____ Tuổi _____

Trẻ em _____ Tuổi _____

Trẻ em _____ Tuổi _____

Hãy cung cấp bất kỳ thông tin nào khác mà quý vị cho là sẽ hữu ích để chúng tôi đưa ra quyết định về điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ của quý vị trong việc trả (các) hóa đơn bệnh viện.

*Tôi hiểu rằng OCOM có thể xác thực thông tin tài chính có trong đơn đăng ký này nhằm đánh giá đơn, và do đó cho phép họ liên hệ với chủ lao động của tôi để chứng thực thông tin tôi cung cấp và yêu cầu từ đơn vị cung cấp báo cáo tín dụng. Tôi biết rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ của tôi để nhận hỗ trợ từ thiện và xác minh chống giả mạo. Thông tin có trong đơn này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. **Đơn này cần phải được hoàn thành để trước khi tới bước tiếp theo, nếu không đơn có thể sẽ bị hoãn và/hoặc từ chối.***

Tôi cũng hiểu bất kỳ khoản bồi hoàn chi phí y tế nào tôi nhận được liên quan tới việc điều trị này phải được gửi tới OCOM.

Chữ ký của người nộp yêu cầu

Ngày

Chữ ký của người nộp yêu cầu, nếu không phải bệnh nhân

Mối Quan hệ

Sửa đổi ngày 01.10.2023