

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO NHÂN VIÊN

**Vui lòng ghi rõ Ngày Cung cấp dịch vụ và Ngày xác minh
Tại đây và đưa cho Người nộp đơn để tiện tham khảo.**

Ngày Cung cấp dịch vụ: _____

Ngày đến hạn xác minh: _____

Kính gửi người nộp đơn,

Trước khi chúng tôi có thể xử lý Đơn đề nghị giảm phí theo thang thu nhập của quý vị, chúng tôi cần có bằng chứng về thu nhập của quý vị. Dưới đây là danh sách các bằng chứng được chấp nhận :

- Phiếu lương của tháng gần đây nhất
- Trợ cấp dành cho cựu chiến binh;
- Trợ cấp chung;
- Tiền bồi thường cho người lao động;
- Thông tin thu nhập W-2;
- Thông báo lương hưu;
- Tờ khai thuế thu nhập liên bang của năm trước;
- Giấy xác nhận thu nhập từ An sinh xã hội;
- Tiền cấp dưỡng cho Vợ chồng/hoặc Con cái;
- Giấy xác nhận thu nhập từ Trợ cấp thất nghiệp hoặc Trợ cấp dành cho người khuyết tật;
- Tiền trợ cấp, quà tặng và các khoản quyên góp.

Nếu quý vị tự kinh doanh, bản sao tờ khai thuế kèm theo Biểu mẫu C (Schedule C), hoặc bản sao các hóa đơn gửi cho khách hàng trong 3 tháng gần nhất—cùng với hồ sơ ghi nhận các khoản tiền gửi và chi phí kinh doanh—là đủ.

Bản sao của bất kỳ tài liệu nào được nêu trên sẽ giúp chúng tôi xác định sự đủ điều kiện của quý vị.

Để được hưởng các khoản giảm giá theo chương trình này, quý vị phải gửi lại các tài liệu được yêu cầu cho Wahiawa Health trong vòng 14 ngày kể từ ngày sử dụng dịch vụ. Nếu quý vị không nộp các tài liệu này, QUÝ VỊ SẼ PHẢI CHỊU TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN TOÀN BỘ CHI PHÍ.

Bệnh nhân sẽ được thông báo nếu đơn đăng ký của họ được chấp thuận hoặc từ chối. Nếu được chấp thuận, quý vị sẽ phải gia hạn đơn đăng ký trong vòng một năm kể từ ngày được chấp thuận.

Nếu quý vị từ chối cung cấp thông tin về số lượng thành viên gia đình và/hoặc thu nhập, quý vị hoặc thành viên gia đình của quý vị sẽ không đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản giảm giá nào và đơn đăng ký sẽ bị từ chối. Văn phòng Tài chính sẽ ghi chú vào tài khoản cho biết đơn đăng ký đã bị từ chối và bệnh nhân không đủ điều kiện.

Vui lòng liên hệ với Wahiawa Health nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về Chương trình Giảm Phí Theo Thu Nhập Theo số điện thoại **(808) 622-1618** bấm số 2 để cuộc gọi được chuyển tới Nhân viên Y tế Cộng đồng hoặc Người đại diện Bệnh nhân của chúng tôi.

Vui lòng điền đầy đủ và chính xác mẫu đơn này để đủ điều kiện nhận giảm giá theo thu nhập. Thông tin cá nhân của quý vị sẽ không bao giờ được tiết lộ hoặc chia sẻ với bất kỳ ai khác. **Nếu quý vị cần hỗ trợ đăng ký bảo hiểm y tế, vui lòng thông báo cho lễ tân rằng quý vị muốn gặp nhân viên Chăm sóc Sức khỏe Cộng đồng/Nhân viên Hỗ trợ Bệnh nhân của chúng tôi.**

THÔNG TIN NGƯỜI NỘP ĐƠN

Họ: _____ Tên: _____ Tên đệm: _____

Địa chỉ gửi thư: _____ Thành phố: _____ Mã bưu chính _____

Địa chỉ nơi cư trú: _____ Thành phố: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại ở nhà: _____ Điện thoại nơi làm việc: _____ Điện thoại di động: _____

Địa chỉ email: _____ Ngày tháng năm sinh: _____

THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH

Có bao nhiêu người sống trong hộ gia đình của quý vị? *Vui lòng liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình của quý vị dưới đây.*

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

Tên: _____ Ngày tháng năm sinh: _____ Mối quan hệ với quý vị: _____

NGUỒN THU NHẬP

Thu nhập hàng năm *hoặc* Tổng thu nhập hàng tháng

Tên công ty/nơi làm việc (của Người nộp đơn): _____	\$ _____	\$ _____
Tên công ty/nơi làm việc (của Vợ hoặc chồng): _____	\$ _____	\$ _____
Nguồn thu nhập không do lao động (ví dụ., an sinh xã hội SS, Trợ cấp tàn tật SSDI, Trợ cấp tàn tật tạm thời TDI, lương hưu): _____	\$ _____	\$ _____
Nếu tự kinh doanh, Tên Doanh nghiệp: _____	\$ _____	\$ _____
Nguồn thu nhập khác: _____	\$ _____	\$ _____
Nguồn thu nhập khác: _____	\$ _____	\$ _____
Nguồn thu nhập khác: _____	\$ _____	\$ _____

Bảng chứng thu nhập là điều kiện bắt buộc để xử lý đơn của quý vị. Một bản sao khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất được ưu tiên sử dụng làm bằng chứng thu nhập, tuy nhiên các tài liệu được liệt kê dưới đây cũng được chấp nhận:

- Phiếu lương của ba kỳ trả lương gần đây nhất
- Mẫu W-2
- Trợ cấp cựu chiến binh
- Thông báo lương hưu
- Trợ cấp xã hội
- Tờ khai thuế thu nhập liên bang năm trước kèm phụ lục B
- Bảo hiểm tai nạn lao động
- Giấy tờ xác minh thu nhập An sinh xã hội
- Tiền cấp dưỡng/Tiền nuôi con
- Tờ khai thuế thu nhập liên bang năm trước kèm phụ lục C
- Giấy tờ xác minh thu nhập do thất nghiệp hoặc khuyết tật
- Tiền trợ cấp, quà tặng, và quyên góp

Vui lòng chỉ điền vào Tờ khai thu nhập này nếu quý vị không có thu nhập hoặc không thể cung cấp bằng chứng thu nhập của mình.

KHAI BÁO THU NHẬP

Vui lòng giải thích lý do vì sao quý vị không thể cung cấp bằng chứng thu nhập. Ví dụ, quý vị chỉ được trả lương bằng tiền mặt và không có tài khoản ngân hàng; hoặc chăm sóc con cái hay cha mẹ già của người thân để đổi lấy chỗ ở trong nhà họ.

TÔI, _____ ,
Viết Đầy Đủ Tên Họ bằng Chữ In hoa

XIN TUYÊN BỐ DƯỚI HÌNH PHẠT KHAI MAN THEO LUẬT CỦA TIỂU BANG HAWAII RẰNG TÔI ĐÃ BÁO CÁO VÀ CHỨNG MINH CHÍNH XÁC THU NHẬP CỦA MÌNH, HOẶC VIỆC KHÔNG CÓ THU NHẬP, THEO KHẢ NĂNG TỐT NHẤT CỦA MÌNH.

Tên viết tắt

TÔI HIỂU RẰNG VIỆC KHAI BÁO SAI THU NHẬP SẼ DẪN ĐẾN VIỆC BỊ LOẠI BỎ VĨNH VIỄN KHỎI CHƯƠNG TRÌNH GIẢM GIÁ THEO THANG THU NHẬP.

Tên viết tắt

TÔI HIỂU RẰNG CHƯƠNG TRÌNH GIẢM GIÁ THEO THANG THU NHẬP NÀY CHỈ ÁP DỤNG CHO CÁC DỊCH VỤ ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI TRUNG TÂM Y TẾ WAHIAWA VÀ WAIALUA.

Tên viết tắt

TÔI HIỂU RẰNG TÔI SẼ PHẢI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHO TOÀN BỘ CHI PHÍ CỦA BẤT KỲ DỊCH VỤ NÀO ĐƯỢC NHẬN TRỪ KHI ĐƯỢC CHẤP THUẬN HƯỞNG CHIẾT KHẤU PHÍ THEO THU NHẬP.

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

Thông báo này chứa thông tin **BÍ MẬT**, chỉ dành cho Trung tâm Y tế Cộng đồng Wahiawa sử dụng. Thông tin của quý vị rất quan trọng và bảo mật. Quy tắc đạo đức và chính sách của chúng tôi yêu cầu thông tin của quý vị phải được giữ bí mật tuyệt đối. Nếu quý vị **KHÔNG** phải là người nhận thông tin này, hoặc là người đại diện hoặc nhân viên chịu trách nhiệm chuyển giao thông tin này cho người nhận, quý vị được thông báo rằng bất kỳ hành vi phát tán hoặc sao chép trái phép thông báo này, hoặc thông tin chứa trong đó, đều bị nghiêm cấm.

CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN SỬ DỤNG

ĐƯỢC DUYỆT BỞI _____ NGÀY _____

PHÍ THEO THANG GIÁ _____

NGÀY HẾT HẠN _____

NGÀY QUÉT VÀO HỒ SƠ _____

NGÀY GIAO BẢN SAO CHO BỆNH NHÂN _____

**BẢNG TÍNH KHÔNG CÓ BẰNG CHỨNG THU
NHẬP**

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ: _____ Tên: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ gửi thư: _____ Thành phố: _____ Mã bưu chính: _____

Địa chỉ nơi cư trú: _____ Thành phố: _____ Mã bưu chính: _____

Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại di động: _____

Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây về người hỗ trợ tài chính cho người nộp đơn.

Họ: _____ Tên: _____ Tên đệm: _____

Địa chỉ gửi thư: _____ Thành phố: _____ Mã bưu chính: _____

Điện thoại nhà: _____

Tôi xác nhận rằng thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này là đầy đủ, trung thực và chính xác.

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Chữ ký của người ủng hộ tài chính

Ngày