

1. Người Nộp Đơn

Họ Tên (Họ) _____ (Tên) _____ (Chữ Viết Tắt Tên Đệm) _____
 Địa Chỉ Đường Phố _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____
 Điện Thoại Nhà _____ Ngày Sinh _____ Số An Sinh Xã Hội _____
 Độc Thân _____ Đã Kết Hôn _____ Đã Ly Hôn _____ Đã Ly Thân _____ Goá vợ/chồng _____

2. Thành Viên Hộ Gia Đình Nộp Thuế (Những người sẽ được liệt kê trong hồ sơ khai thuế của quý vị. Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên hộ gia đình vào một biểu mẫu.)

Tên	Quan Hệ Về Nộp Thuế	Bệnh Nhân CHC? (Có/Không)	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. Quý vị có phải là sinh viên Cao Đẳng/Đại Học không? Có Không

(Nếu "Có", quý vị sẽ cần cung cấp một bản sao Đơn Xin Trợ Cấp Sinh Viên Liên Bang [FAFSA] để đăng ký.)

Quý vị có phải là người phụ thuộc vào tờ khai thuế của người khác không? Có Không

(Nếu có, quý vị cần cung cấp thêm bằng chứng về thu nhập)

3a) Quý vị có đang trải qua tình trạng vô gia cư không? Có Không (Nếu có, vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới)

3b) Chung phòng hoặc sống với người khác Tạm Trú Nhà Đường Phố Nhà Ở Chuyển Tiếp

3c) Quý vị sẽ ở đâu và ở đó bao lâu? _____

3d) Quý vị có biết về các dịch vụ cộng đồng cho những người vô gia cư không? Có Không

4. Thu Nhập Hàng Tháng Đến Từ:

Tổng Lương	\$ _____	\$ _____
Nghề Nghiệp Tự Do	\$ _____	\$ _____
Thất Nghiệp	\$ _____	\$ _____
Bồi Thường Cho Người Lao Động	\$ _____	\$ _____
Trợ Cấp Khuyết Tật	\$ _____	\$ _____
An Sinh Xã Hội	\$ _____	\$ _____
Lương Hưu	\$ _____	\$ _____
Lãi Suất/Thu Nhập Từ Đầu Tư	\$ _____	\$ _____
Thu Nhập Từ Cổ Tức	\$ _____	\$ _____
Tiền Cấp Dưỡng/Trợ Cấp Nuôi Con	\$ _____	\$ _____
Thu Nhập Từ Việc Cho Thuê	\$ _____	\$ _____
Phúc Lợi VA	\$ _____	\$ _____
Khác: _____		

5. Tự Khai Báo Thu Nhập

Tự Khai Báo: Tôi khai báo rằng tôi có việc làm và nhận được các khoản thanh toán bằng tiền mặt với số tiền

\$ _____ mỗi _____ Tuần Tháng Năm

Tôi không có phiếu lương hoặc giấy tờ nào khác để chứng minh thu nhập của mình.

Tự Khai Báo: Tôi khai báo rằng tôi không có việc làm và không có thu nhập. **Nếu quý vị chọn tùy chọn này, vui lòng giải thích cách quý vị thanh toán các chi phí cơ bản bao gồm nhà ở, thực phẩm và dịch vụ tiện ích:**

6. Bảo Hiểm

Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có bảo hiểm nha khoa không? Có Không Công Ty Bảo Hiểm: _____

Quý vị hoặc vợ/chồng quý vị có phúc lợi lợi bảo hiểm y tế không? Có Không Công Ty Bảo Hiểm: _____

Nếu có, đó có phải là Bảo Hiểm Vermont Health Connect không? Có Không

Người Được Bảo Hiểm - Nhà Cung Cấp Bảo Hiểm: _____

Không có bảo hiểm y tế hoặc nha khoa

Đã điền Đơn Đăng Ký Bảo Hiểm Tiểu Bang (Green Mountain Care [GMC])

Đang chờ xử lý/Đã gọi GMC cùng bệnh nhân để kiểm tra tình trạng đăng ký

7. Quý vị có nhà cung cấp dịch vụ y tế và nha khoa không?

Có, Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế: _____

Không có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

Có, Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Nha Khoa: _____

Không có bảo hiểm nha khoa.

Quý vị có muốn nhận thông tin về một trong các dịch vụ cộng đồng sau đây không?

Y Tế

Nha Khoa

Tư Vấn Kệ Thực Phẩm Nhà Ở

Quý vị có muốn chúng tôi kết nối quý vị với các dịch vụ này ngay hôm nay không? Có Không

8. Chữ Ký

Bằng cách ký bên dưới, tôi cho phép Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng của Burlington, Inc. (CHC) chia sẻ tài liệu này và tất cả các tệp đính kèm với Trung Tâm Y Tế Đại Học Vermont (UVM) cho mục đích ghi danh vào biểu phí trượt. Tôi hiểu rằng việc chia sẻ thông tin này có thể giúp giảm mọi chi phí tự trả của tôi đối với các dịch vụ được yêu cầu tại CHC nhưng được thực hiện tại UVM (ví dụ: xét nghiệm trong phòng thí nghiệm). Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép này nếu CHC chưa hành động dựa trên sự chấp thuận bằng cách viết 'không chia sẻ' với UVM bên cạnh chữ ký của tôi bên dưới và việc ký vào tài liệu này không phải là điều kiện để tôi được điều trị tại CHC hoặc UVM.

Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên là đúng và chính xác. Tôi đồng ý thông báo cho Trung Tâm Y Tế về mọi thay đổi về việc làm, tình trạng tài chính hoặc nhà ở của tôi. Nếu thông tin trên được phát hiện là không chính xác, tôi hiểu rằng tôi sẽ không tiếp tục được giảm giá dịch vụ (Tôi cũng cho phép nhân viên Trung Tâm Y Tế liên hệ với chủ lao động của tôi hoặc các nguồn khác để xác minh thu nhập.)

Bệnh nhân phải cung cấp thông tin chính xác về bảo hiểm y tế và thông tin tài chính của họ. Việc cố ý bỏ sót hoặc làm giả thông tin nhận dạng, tài chính hoặc nhân khẩu học là hành vi gian lận và có thể dẫn đến việc bị từ chối dịch vụ trong tối đa một năm. Trong trường hợp làm giả thông tin, bệnh nhân sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

PHẦN DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Tên Viết Tắt của Người Ủy Quyền _____ Cấp Độ Trượt _____ Ngày Phê Duyệt/Từ Chối _____ Ngày Gia Hạn _____

Vui lòng gửi lại biểu mẫu này cùng với hai trong số các hình thức xác minh thu nhập sau đây về patientsupport@chcb.org:

- 2 phiếu lương liên tiếp trong 30 ngày qua
- Bảng kê trợ cấp An Sinh Xã Hội, khuyết tật hoặc lương hưu
- Biểu Mẫu W2 hoặc 1099 của IRS
- Biểu mẫu FAFSA (nếu quý vị là sinh viên, quý vị cũng sẽ cần cung cấp tài liệu này)
- Tờ khai thuế đã nộp gần đây nhất (biểu mẫu 1040)

Sửa đổi ngày 11/06/2025