

ชื่อผู้ป่วย:

- ภายใต้บทลงโทษฐานการให้ความเท็จ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้ตอบคำตอบทั้งหมดด้วยความจริงและอย่างถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้ารับรู้ที่ดีที่สุด
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ แสดงรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน
- ข้อมูลนี้ รวมถึงรายงานข้อมูลเครดิตและข้อมูลอื่น ๆ ที่เผยแพร่แก่สาธารณะ อาจจะถูกนำมาใช้โดย Memorial Hermann เพื่อจัดทำแผนการชำระเงิน และ/หรือเพื่อริเริ่มการสมัครเข้าร่วมเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน และ/หรือเพื่อพิจารณาสิทธิการเข้ารับบริการสำหรับ โครงการต่าง ๆ ความครอบคลุมหรือความช่วยเหลือ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ Memorial Hermann รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลใด ๆ เพื่อยืนยันถึงข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้
- คุณจะได้รับรางวัลเป็นลายลักษณ์อักษรจาก Memorial Hermann หากข้อมูลที่ให้ไว้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอในการพิจารณาสิทธิขอรับความช่วยเหลือด้านการเงินของคุณ หรือหากคุณไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คุณยังจะได้รับรางวัลเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยหากคุณมีสิทธิ์ได้รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอีกด้วย
- ผู้ป่วยที่สมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินอาจมีสิทธิ์ในกองทุนจากโครงการของท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง ผู้ป่วยควรสมัครเข้าร่วม โครงการต่าง ๆ ดังกล่าวก่อนการแสดงผลงานการเข้าร่วมสิทธิ์รับบริการความช่วยเหลือด้านการเงิน Memorial Hermann จะให้บริการความช่วยเหลือเป็นรายบุคคลในการสมัครเข้าร่วม โครงการต่าง ๆ ดังกล่าว หากไม่ได้สมัครเข้าร่วม โครงการต่าง ๆ ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อพิจารณาการสมัครเข้ารับบริการความช่วยเหลือด้านการเงินของผู้ป่วยในเชิงลบได้
 - ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้เข้าร่วมการรับความคุ้มครองตามประกันทั้งหมดที่มีแล้ว เช่น Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance และการคุ้มครองอื่นใดจากท้องถิ่น รัฐ หรือรัฐบาลกลาง
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าไม่มีคุณสมบัติขอรับความช่วยเหลือด้านการเงิน ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเอง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย/ผู้กำกับ

วันที่

หลังจากกรอกใบสมัครนี้สมบูรณ์ โปรดส่งไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมลพร้อมเอกสารสนับสนุนทั้งหมดที่:

Patient Business Services

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

Attention: PBS Financial Assistance

โทรสาร: 713-338-4261

อีเมล: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

คู่ด้านหลัง

คู่ด้านหลัง