



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ወይም 800.890.6034 |
ፋክስ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ቀን / Date:- _____ የዋስ ስም / Guarantor Name:- _____

የታካሚ ስም / Patient Name:- _____ የአገልግሎት ቀን(ናት) / Date(s) of Service:- _____

የመለያ # / Account # _____ የሕክምና መዝገብ # / Medical Record # _____

ውድ ታካሚ እና/ወይም ዋስ-

ከዚህ ጋር የተያያዘው የTexas Health Resources የገንዘብ ድጋፍ ማመልከቻ ነው። ይህን ማመልከቻ ማጠናቀቅ ለሆስፒታልም፣ ለሐኪምም ወይም ለአስተዳደሪያ እንክብካቤ የክፍያ መጠየቂያ ሒሳብ(ዎች) የገንዘብ ድጋፍ ግምት ውስጥ የእርስዎን መለያ ለማቅረብ ያስችላል። ይህ ለእርስዎ የTexas Health Hospital፣ የTexas Health Breeze አስተዳደሪያ እንክብካቤ፣ ወይም የTexas Health ሐኪም ቡድን ያልተከፈሉ ቀሪ ሂሳቦች ብቻ ነው።

የእርስዎን የግላዊነት ፍላጎት እንረዳለን። በዚህ መሠረት በማረጋገጫ ዓላማዎች ካልሆነ በስተቀር በማመልከቻው ውስጥ የተካተቱት መረጃዎች እንደ ምስጢራዊ መረጃዎች ይቆጠራሉ። በTexas Health Resources ውስጥ እንዲታወቅ በሚፈለገው ያህል መሰረት ብቻ ይጋራል።

እባክዎን በማመልከቻው ላይ ያለውን እያንዳንዱን ንጥል ይሙሉ። ለማንኛውም ማብራሪያ ተጨማሪ ቦታ ከፈለጉ፣ እባክዎ የማመልከቻውን ጀርባ ይጠቀሙ።

ማመልከቻውን ለማስኬድ የገቢ ማረጋገጫ ያስፈልጋል። እባክዎን ተቀባይነት ያላቸውን ሰነዶች ከዚህ በታች ይመልከቱ። የተጠየቀውን ሰነድ አለማቅረብ ለገንዘብ ድጋፍ ከመታሰብ ማስከልከል ሊያስከትል ይችላል።

ይህን ማመልከቻ እንደደረሰዎት መሙላት እና በተቻለ ፍጥነት መመለስ አስፈላጊ ነው።

ይህን ማመልከቻ ለመሙላት ከተቸገሩ ወይም ግልጽ ያልሆነ ቦታ ካለ እባክዎን ወደ ቡድናችን ይደውሉ። ማመልከቻዎን ለመሙላት ትብብርዎ ያስፈልጋል።

የሚፈለጉት የገቢ ማረጋገጫ ሰነዶች የሚወሰኑት በእርስዎ የገንዘብ ሁኔታ ላይ ነው።

የገንዘብ ድጋፍ ጉዳይዎን ውጤት ለመወሰን ማንኛውም ወይም ሁሉም የሚከተሉት ሰነዶች ሊፈለጉ ይችላሉ።

1. ከሁሉም የሥራ ስምሪት የደሞዝ ክፍያ መግለጫ ወረቀቶች - ለእያንዳንዱ ለተያዘ ሥራ 3 ወቅታዊ የደሞዝ ክፍያ መግለጫ ወረቀቶች።
2. የማህበራዊ ዋስትና ወይም የጡረታ መግለጫዎች
3. ራሳቸውን በራሳቸው የሚሠሩ ሰዎች ከቅርብ ጊዜው የቀን መቁጠሪያ ዓመት የግል የግብር ተመላሽ እና የ 3 ወር ዝርዝር የግል የባንክ መግለጫዎችን ማቅረብ አለባቸው።
 - a. የታክስ ተመላሽ = ግላዊ 1040 እና የጊዜ ሰሌዳ 1 እና ሌሎች በጊዜ ሰሌዳ 1 ላይ የተጠቀሱ ሌሎች መርሃ ግብሮች
4. W-2 ወይም 1099 ለሁሉም የሥራ ስምሪት መግለጫዎች በተገቢው የጊዜ ወቅት።
5. የሥራ አጥ ጥቅማጥቅሞች - የሥራ አጥነት ማካካሻን የጸቀባቸው ወይም የተከለከለባቸው ቅጾች።
6. የልጅ ማሳደጊያ ገቢ ማረጋገጫ - የጠቅላይ አቃቤ ህግ ማጠቃለያ ይመረጣል።
7. የሚገኙ ሀብቶች ማረጋገጫ - ዝርዝር የግል የባንክ መግለጫዎች
8. ለሜዲኬይድ እና/ወይም በግዛት የገንዘብ ድጋፍ የሚደረግለት የሕክምና እርዳታ ብቁነትን የጸደቁባቸው ወይም የተከለከሉባቸው ቅጾች።
9. ከአሠሪዎች ወይም የበጎ አድራጎት ኤጀንሲዎች የተጻፉ መግለጫዎች።
10. የምግብ እና የመጠለያ ፍላጎቶችን ከሚያቀርብ አካል የተፈረመ የድጋፍ ደብዳቤ።
11. የሰራተኛ ማካካሻ ገቢ ማረጋገጫ
12. የአካል ጉዳተኝነት ገቢ የአጭር ጊዜ ወይም የረጅም ጊዜ የአካል ጉዳተኝነት ገቢ መግለጫ
13. ለ SNAP ጥቅማጥቅሞች ብቁነትን የጸደቁባቸው ወይም የተከለከሉባቸው ቅጾች።



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ወይም 800.890.6034 |
ፋክስ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ለገንዘብ ነክ ድጋፍ ማመልከቻ - ገጽ 1

የታካሚ ስም / Patient Name- ስም / Last ስም / First የአባት መነሻ ፊደል / MI
የማህበራዊ ዋስትና # / Social Security # የትውልድ ቀን / DOB- የመለያ # / Account #-
የገባ / Married የለገባ / Single የተፋታ / Divorced የሞተበት / Widowed የተለየ / Separated
ታዳጊ ሕጻናት አሉዎት (ከ18 በታች)? / Do you have minor children (under 18)?
ከእርስዎ ጋር ነው የሚኖሩት? / Do they live with you?
የወለዱቸው/ሕጋዊ የጉዳፊ ልጆችዎ ናቸው? / Are they your birth/legally adopted children?
ታካሚው ተቀጣሪ ናቸው? / Patient Employed?
የትዳር አገር ተቀጣሪ ናቸው? / Spouse Employed?
የሕክምና መድሀን አለዎት? / Do you have medical insurance?
የኔልተሽር/ወጪ መጋራት ዕቅድ አባል ነዎት? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?
የአካል ጉዳት ላይ ነዎት? ለምን ያህል ጊዜ? / Are you on disability? How long?
የቀድሞ ወታደር ነዎት? / Are you a veteran?

የቤተሰብ አባላት - (በቤት ውስጥ የሚኖሩ)

የትዳር አገር / Spouse-
ልጅ / Child-
ልጅ / Child-
ልጅ / Child-
ልጅ / Child-
ዕድሜ / Age-

ገቢ (ወርሃዊ መጠን)-

Table with columns: ጠቅላላ / Gross, የተጣራ / Net, ወጪዎች / Expenses, ወርሃዊ መጠን / Monthly Amount. Rows include Patient, Spouse, Dependents, Public Assistance, Food Stamps, Social Security, Unemployment, Strike Benefits, Worker's Compensation, Alimony, Child Support, Military Allotments, Pensions, Income from CD's, Rent, Dividends, Interest, and TOTAL.

ገብረቶች

ተንቀሳቃሽ ሒሳብ / Checking Account
የቁጠባ ሒሳብ / Savings Account
CD's: IRA's / CD's, IRA's
ሌሎች ኢንቨስትመንቶች (አክሲዮኖች፣ ቦንዶች፣ ወዘተ.) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
ገብረቶች/ከዋና መኖሪያ ቤት የተለየ / Properties/Land other than primary residence



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 ወይም 800.890.6034 |
ፋክስ 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

ለገንዘብ ነክ ድጋፍ ማመልከቻ- ገጽ 2

የቀጠረ ስም / Name of Employer
ስልክ # / Telephone #
የቀጠረ አድራሻ / Employer Address
ሥራ / Occupation
የትዳር እጋርዎ ቀጠረ / Spouse's Employer-
ስልክ # / Telephone #
የቀጠረ አድራሻ / Employer Address
ሥራ / Occupation

በአሁኑ ጊዜ ለሜዲኬይድ ጥቅም ጥቅሞች እየመለከቱ ነዎት? / Are you currently applying for Medicaid Benefits?
በካውንቲዎ ሆስፒታል/የችግረኛ ፕሮግራም አማካኝነት እርዳታ ለማግኘት ጥያቄ አቅርበዋል? / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?
ሐኪምዎ የእሱን/የሷን አገልግሎቶች እየላገሱ/ች ነው? / Is your physician donating his/her services?
ለእርስዎ አደጋ/ጉዳት/ህመም ተጠያቂ ሊሆኑ የሚችሉ ሰነዶች ወገኖች አሉ? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?
የTexas Health የህክምና ሂሳቦችን ለመክፈል የሚረዳዎት አለ? / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?
ማን እየረዳዎ ነው? / Who is assisting you?
ምን ያህል እርዳታ እያገኙ ነው? / How much assistance are you receiving?

የእርስዎን የTexas Health የህክምና ክፍያዎችን ለመክፈል የእርስዎን ብቁነት ለመወሰን ይጠቅሙናል ብለው የሚያምኑትን ማንኛውንም ሌላ መረጃ ይዘርዝሩ / List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills:

በህመምዎ ምክንያት በእረፍት ጊዜዎ የሚያገኙቸው የሚጠበቁ ገቢዎች እና/ወይም ገንዘቦች / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness:
(የህመም እረፍት፣ የተከፈለበት የእረፍት ጊዜ፣ የአጭር/የረጅም ጊዜ የአካል ጉዳተኝነት ገቢ / Sick leave, paid time off, short/long term disability income):: \$

መስራት እና/ወይም ምንዳዎች ማግኘት አልችልም ብለው የሚጠብቁት ጊዜ ርዝማኔ / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:-

የTexas Health Resources ከዚህ ማመልከቻ ግምገማ ጋር በተያያዘ በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ያለውን የገንዘብ መረጃ ሊያረጋግጡ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ፣ እና የTexas Health የቀረበውን መረጃ ለማረጋገጥ እና የብድር ሪፖርት አድራጊ ኤጀንሲዎችን ሪፖርቶችን ለመጠየቅ አሠሪዬን እንዲያገኝ ፍቃድ ሰጥቻለሁ። ይህ መረጃ ለገንዘብ ድጋፍ ብቻ መሆኔን ለመወሰን ጥቅም ላይ እንደሚውል እና በዚህ ማመልከቻ ውስጥ ያለው መረጃ ማጭበርበር የገንዘብ እርዳታን ውድቅ እንደሚያደርግ ተገንዝቤያለሁ። በተጨማሪም ከሦስተኛ ወገን ወይም ከሌላ ምንጭ ካገገሙ ማንኛውም የገንዘብ ድጋፍ ማጽደቅ ሙሉ በሙሉ ወይም በከፊል ሊመለስ እንደሚችልም ተረድቻለሁ።

[የሶስተኛ ወገን ተጠያቂነት ብቻ] እኔ የማገኘው ማንኛውም የገንዘብ ድጋፍ እንክብካቤ በሆስፒታል የተከፈለኝን ማንኛውንም ዕዳ ለመመለስ ከሆስፒታል ክፍያ ነጻ ተደርጎ ሊወሰድ እንደሚችል እና ከዚህ ሆስፒታል ተኝቶ መታከም ጋር በተያያዘ የሚከፈለኝ ማካካሻ ወደ Texas Health Resources መላክ እንዳለበት ተገንዝቤያለሁ።

ጥያቄውን ያደረገው ሰው ፊርማ፣ ታካሚ ከሆነ / Signature of Person Making Request, If Patient
ቀን / Date

ጥያቄውን ያደረገው ሰው ፊርማ፣ ታካሚ ካልሆነ / Signature of Person Making Request, If Not Patient
ግንኙነት / Relationship

የታካሚው አድራሻ / Patient's Address
ከተማ City
ግዛት State
ZIP
ካውንቲ County
የቤት ስልክ ቁጥር / Home Telephone Number