

Làm Thế Nào Để Nhận Hỗ Trợ Tài Chính của Harris Health

Quý vị không phải trả phí để nộp Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Harris Health

Để nhận được hỗ trợ tài chính của Harris Health, quý vị phải điền “Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính” của Harris Health. **Hãy chắc chắn rằng bản thân quý vị, vợ/chồng của quý vị, và TẤT CẢ trẻ em từ 18 đến 26 tuổi sống cùng quý vị ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu.**

<p>Gửi Đơn Xin qua Thư Bưu Điện tới: Harris Health Financial Assistance Program P.O. Box 300488, Houston, TX 77230</p> <p>Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, xin vui lòng liên lạc Trung tâm Tổng đài về Điều kiện Hội đủ theo số 713-566-6509.</p>	<p>Dành cho Người Nộp Đơn xin Gia Hạn (ngoại trừ người nộp đơn có Medicare): Nếu tên, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, tình trạng pháp lý, số thành viên trong gia đình và/hoặc thông tin bảo hiểm y tế của quý vị không thay đổi kể từ ngày hết hạn của đơn đăng ký trước của quý vị, vui lòng hoàn thành và gửi đơn này cùng với tổng thu nhập của gia đình quý vị chỉ trong 30 ngày qua. Vui lòng truy cập trang mạng bên dưới để biết thêm thông tin: https://www.harrishealth.org/access-care-hh/eligibility.</p>
--	--

Nhân viên Harris Health System có thể ghi danh cho quý vị vào các chương trình hỗ trợ bệnh nhân có sẵn với các nhà sản xuất thuốc nếu quý vị hoàn thành Mẫu Chấp Thuận và Cho Phép của Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc (MAP) (Mẫu # 283233). Mẫu này cho phép Harris Health System chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị theo sự yêu cầu của các nhà sản xuất thuốc và ký vào các biểu mẫu cần thiết khác để hoàn thành đơn đăng ký của quý vị nếu quý vị đủ điều kiện được hỗ trợ.

Vui lòng gửi cho Harris Health System các bản sao của:

<p>1. Giấy tờ nhận dạng của quý vị, và vợ/chồng của quý vị, nếu phù hợp: Gửi một trong các giấy tờ sau: (1) Giấy chứng nhận kết hôn/IRS 1040, nếu đã kết hôn; (2) Giấy Tuyên Bó và Đăng Ký Kết Hôn Không Chính Thức, nếu hôn nhân theo thông luật; hoặc (3) Bằng chứng khác về hôn nhân và kết hôn theo thông luật VÀ cung cấp một trong các mẫu giấy tờ nhận dạng có ảnh sau: (1) Bằng lái xe do tiểu bang cấp; (2) Thẻ căn cước do tiểu bang cấp; (3) Mã số sinh viên hiện tại; (4) Thẻ công việc hiện tại của nhân viên; (5) Giấy tờ nhập cư Hoa Kỳ; (6) Hộ chiếu có ảnh; (7) Chứng minh thư lãnh sự quán nước ngoài; (8) Thư của cơ quan; hoặc (9) Thẻ ID có ảnh Thư Viện Công Cộng Nâng Cao hiện tại; hoặc (10) thẻ ID có ảnh của Viện Cử tri Quốc gia (INE). Nếu quý vị không có một trong các hồ sơ nhận dạng có ảnh được liệt kê ở trên, hãy gửi hai trong số các chứng từ sau: (1) Giấy khai sinh (Phụ nữ đã kết hôn có thể sử dụng giấy khai sinh có tên thời con gái của họ cùng với giấy đăng ký kết hôn hoặc giấy khai sinh của con họ có tên thời con gái của họ); (2) Giấy chứng nhận kết hôn hoặc Đơn Tuyên Bó và Đăng Ký Hôn Nhân Không Chính Thức; (3) Hồ sơ sinh hoặc hồ sơ bệnh viện; (4) Giấy tờ hoặc hồ sơ nhận con nuôi; (5) Thẻ cử tri Quận Harris còn hiệu lực; (6) Cuộn phiếu lương hiện hành; (7) Chứng từ liên bang khác cho thấy tên và địa chỉ của quý vị ở Quận Harris; (8) Thẻ An Sinh Xã Hội; and/or (9) thẻ Medicaid; thẻ Medicare.</p>
<p>2. Tổng thu nhập trong 30 ngày qua của bản thân, vợ/chồng của quý vị và con cái đã trưởng thành từ 18 đến 26 tuổi và những sinh viên toàn thời gian sống với quý vị: Tất cả các thành viên trong gia đình trên 18 tuổi phải ký tên và ghi ngày vào đơn để cho phép Harris Health System kiểm tra hồ sơ việc làm của Ủy Ban Lực Lượng Lao Động Texas. Gửi tất cả những chứng từ sau đây, nếu phù hợp: (1) Bảng chứng thu nhập bằng tiền mặt; (2) Cuốn ngân phiếu còn hiệu lực; (3) Bảng chứng thu nhập từ việc cho thuê bất động sản; (4) Tiền bồi thường cho người lao động; (5) Bảng chứng về cô tức và tiền bản quyền; (6) Bảng chứng nhận tiền cấp dưỡng; (7) Bảng chứng về tiền lương và phụ cấp trong quân đội; (8) Chứng từ cấp dưỡng nuôi con; (9) Thư trợ cấp An Sinh Xã Hội; (10) Thư trợ cấp hưu trí; (11) Giấy khai thuế 1040 của IRS hiện tại (tất cả các trang) nếu tự kinh doanh; (12) Thư hoặc ngân phiếu từ Veteran Affairs (Cơ Quan Cựu Chiến Binh); (13) Thư từ cơ quan; (14) Hồ sơ trợ cấp thất nghiệp; (15) Thu nhập trên mẫu TF0001 của SNAP; (16) Bảng kê Khai Thu Nhập từ việc Tự Kinh Doanh của Harris Health System nếu không có giấy khai thuế; (17) Mẫu Xác Minh Tiền Lương của Harris Health System (chỉ dành cho lương bằng tiền mặt và ngân phiếu); và (18) Mẫu Tuyên Bó Trợ Cấp của Harris Health System, nếu không có thu nhập.</p>
<p>3. Địa chỉ với tên quý vị hoặc tên vợ/chồng của quý vị: Gửi một trong các chứng từ sau được ghi ngày trong vòng 60 ngày qua: (1) Hóa đơn dịch vụ tiện ích; (2) Cuốn phiếu lương; (3) Bảng sao kê số tiền nợ nhà; (4) Bảng sao kê thẻ tín dụng; (5) Thư khai sinh; (6) Hồ sơ rửa tội; (7) Thư Medicaid hoặc Medicare; (8) Học bạ đối với trẻ em dưới 18 tuổi; (9) Chứng từ xác nhận hoặc ngân phiếu trợ cấp từ Sở An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Lực Lượng Lao Động Texas; (10) Giấy chứng nhận từ Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), hoặc Mẫu SNAP TF0001; (11) Thư từ cơ quan; (12) Bảng sao kê từ nhà cung cấp dịch vụ giữ trẻ được cấp phép; hoặc (13) Biểu Mẫu Xác Minh Nơi Cư Trú của Harris Health System do một người không phải là người thân, không sống trong nhà quý vị điền vào. Nếu quý vị không có một trong các chứng từ trên được ghi ngày trong vòng 60 ngày qua, hãy gửi một trong các chứng từ sau được ghi ngày trong năm vừa qua: (1) Hợp đồng thuê nhà; (2) Chứng từ thuê nhà đất; (3) Hồ sơ từ Department of Motor Vehicle (Sở Quản Lý Xe Cơ Giới); (4) Chứng từ bảo hiểm xe; (5) Thẻ cử tri Quận Harris; (6) Giấy đăng ký xe; hoặc (7) Bản in giấy khai thuế cho năm vừa qua từ IRS.</p>
<p>4. Chứng Từ về Trẻ Em Phụ Thuộc Sống Chung với Quý Vị: Gửi một trong các chứng từ sau: (1) Giấy khai sinh; (2) Hồ sơ rửa tội; (3) Bảng chứng nhập học toàn thời gian cho sinh viên từ 18 đến 26 tuổi; (4) thư cấp An sinh Xã hội có tên người phụ thuộc; (5) các mẫu đơn Popras của em bé; (6) Đơn xin Nhập cư Hoa Kỳ có tên người phụ thuộc; (7) Quyết định ly hôn hoặc giấy tờ hỗ trợ nuôi con; (8) Giấy chứng từ của các thành viên hộ gia đình trước đây; (9) Giấy tờ của trường hoặc giấy tờ bảo hiểm có tên của cả cha và mẹ; (10) Hồ sơ khai sinh hoặc băng đeo tay của bệnh viện đối với trẻ dưới 90 ngày tuổi; hoặc (11) hoặc Bản Xác minh Mẫu Miễn trừ của Bộ Y tế và các Dịch vụ Nhân sinh - Văn phòng Định cư Người tị nạn (ORR UAC/R – 1) dành cho trẻ em nước ngoài không có người lớn theo kèm.</p>
<p>5. Tình Trạng Nhập Cư của bản thân, vợ/chồng và con cái phụ thuộc của quý vị: Quý vị phải mang theo các tài liệu hiện tại hoặc đã hết hạn từ Sở Nhập tịch và Di trú Hoa Kỳ.</p>
<p>6. Bảo Hiểm Y Tế cho bản thân, vợ/chồng và con cái phụ thuộc của quý vị: Gửi bằng chứng còn hiệu lực về Medicaid, CHIP, CHIP Perinatal, Medicare hoặc bảo hiểm y tế.</p>
<p>7. Nếu quý vị có Medicare và đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Harris Health: Quý vị phải điền vào Mẫu Kế Khai Tài Sản Medicare và xuất trình bằng chứng về tài sản và nợ hiện tại của quý vị (tất cả các trang từ bảng sao kê ngân hàng, thẻ tín dụng, hóa đơn, khoản vay, v.v.).</p>
<p>8. Quý vị phải điền vào các giấy tờ cho các chương trình như là, nhưng không chỉ gồm CHIP, CHIP Perinatal, Medicaid, Marketplace, TANF (Hỗ Trợ Tạm Thời cho các Gia Đình Nghèo Khó), SSI (Thu Nhập An Sinh Bổ Sung), Tiêu Đề V hoặc Chương Trình Phụ Nữ Texas Khỏe Mạnh (HTWP) nếu quý vị có thể tham gia các chương trình này. Để tài xuống và in đơn xin Medicaid/CHIP của TX, vui lòng truy cập: https://yourtexasbenefits.com.</p>

Notice of Non-Discrimination

Harris Health System complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Harris Health System does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Harris Health System:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters; and
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters; and
 - Information written in other languages.

If you need these services, please call Harris Health's Language Access Services at 877-612-3004.

If you believe that Harris Health System has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Administrative Director – Patient Experience
Patient/Customer Relations Department
1504 Taub Loop, Houston, TX 77030
Telephone: 713-873-3939/Fax: 713-873-3166
Email: PatientRelations@HarrisHealth.org

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Administrative Director – Patient Experience is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-612-3004.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-612-3004.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-612-3004。

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-612-3004 번으로 전화해 주십시오.

العربية (Arabic)

التوعية المساعدة خدمات فإن، اللغة انكر تحدثت كنت إذا ملحوظة- 1-877-612-3004 (رقم برقم اتصل بالمجان لك تتوافر

اردو (Urdu)

کال۔ بیس دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو۔ بیس بولنے اردو آپ اگر: خبردار کریں 1-877-612-3004

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-612-3004.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-612-3004.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-612-3004 पर कॉल करें।

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. 1-877-612-3004 فراهم می باشد. یا

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-612-3004.

ગુજરાતી (Gujarati)

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-612-3004.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-612-3004.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-612-3004まで、お電話にてご連絡ください。

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-612-3004.

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Đây là Hồ Sơ Chính thức của Chính quyền. Thông tin sai lệch hoặc thiếu sót trên giấy này có thể bị truy tố về mặt hình sự dựa theo điều khoản 37.10 hoặc các điều khoản khác trong Bộ Luật Hình Sự của Tiểu Bang Texas.

Quý vị không phải trả phí để nộp Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Harris Health

Tên: _____ Tên thời con gái: _____
 Địa Chỉ Nhà: _____ Số Căn Hộ: _____ Quận: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Địa Chỉ Email: _____
 Địa chỉ Gửi thư: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____
 Số điện thoại Nhà riêng: _____ Số điện thoại Nơi làm việc: _____ Số điện thoại Di động: _____
 Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Ly thân Đã ly hôn Góa Kết hôn theo Thông lệ/Không chính thức

Các Thành viên trong Gia đình:

Họ	Tên	Mối quan hệ	Ngày Tháng Năm Sinh	Số An Sinh Xã hội #	Chủng tộc	Sắc tộc	Giới tính	Nghề nghiệp	Tình trạng Pháp lý
		BẢN THÂN			<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu
					<input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người da đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Không rõ ràng/Không có câu trả lời <input type="checkbox"/> Thổ Dân Mỹ <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Alaska <input type="checkbox"/> Người Gốc Đảo Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh <input type="checkbox"/> Không phải Người Gốc Văn hóa Tây Ban Nha/ Người Mỹ La-tinh	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Thường trú nhân Hợp pháp <input type="checkbox"/> Không có giấy tờ <input type="checkbox"/> Giấy phép lao động <input type="checkbox"/> Được tài trợ <input type="checkbox"/> Hộ chiếu

Vui lòng điền vào phần Thu Nhập Hộ Gia Đình và Chi Phí Hộ Gia Đình

THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH (Liệt kê tất cả tổng thu nhập đối với gia đình quý vị.)			
Tên của người làm việc hoặc nhận tiền	Nguồn Thu nhập/Tên Công ty	Bao lâu được trả lương 1 lần? (Hàng tuần, Hai tuần một lần, Hai lần một tháng, Hàng tháng)	Số tiền
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Hiện tại quý vị có phải là nhân viên của Harris Health System không? Có Không

Nếu có, vui lòng liệt kê thu nhập hiện tại nhận được từ Harris Health System.

Quý vị có phải là người về hưu từ Harris Health System không? Có Không

Nếu có, vui lòng liệt kê mọi khoản thu nhập nhận được từ Harris Health System.

Quý vị có phải là cựu nhân viên của Harris Health System không? Có Không

CHI PHÍ HỘ GIA ĐÌNH

(Liệt kê số tiền cho mỗi chi phí quý vị chi trả. (Đối với các chi phí quý vị không chi trả, hãy viết số "0".))

CHI PHÍ	SỐ TIỀN HÀNG THÁNG
Thuê Nhà/Vay Nợ Mua Nhà/Trợ Cấp Gia Cư	\$
Dịch vụ tiện ích (khí đốt, nước, điện, điện thoại, cáp)	\$
Thực phẩm	\$
Bảo hiểm (xe, nhà, khác)	\$
Nợ Xe	\$
Chi Phí Y Tế	\$
Khoản Vay/Thẻ Tín Dụng	\$
Khác –Giải Thích	\$
Tổng Chi Phí Hàng Tháng	\$

Ai thanh toán các chi phí của gia đình? Tự chi trả Người hỗ trợ

Thông tin quan trọng dành cho các Cựu Thành viên Lực lượng Quân đội – Phụ nữ và nam giới từng phục vụ trong bất kỳ nhánh nào của Lực lượng Vũ trang Hoa Kỳ, bao gồm Quân đội, Hải quân, Thủy quân lục chiến, Không quân, Cảnh sát biên, Lực lượng Dự bị hoặc Vệ binh Quốc gia, có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ và phúc lợi bổ sung. Để biết thêm thông tin, hãy truy cập Cổng thông tin Cựu chiến binh Texas tại <https://veterans.portal.texas.gov>.

Quý vị có phải là một cựu chiến binh? Có Không

Có ai đang mang thai không? Không Nếu có, là ai? _____ Ngày Dự Sinh: _____

Có ai có bảo hiểm y tế không? Không Có, là ai? _____

Tên Công Ty Bảo Hiểm: _____ Số Thành viên: _____

Quý vị hoặc một thành viên trong gia đình của quý vị có nhận được Medicare vì có khuyết tật hoặc ALS hoặc ESRD không?

Không Có, là ai? _____

Quý vị hoặc thành viên trong gia đình của quý vị có nộp đơn xin bất kỳ chương trình trợ cấp An sinh Xã hội nào không?

Không Có, là ai? _____ Khi nào? _____

Có nhu cầu y tế không? Không Có

Quý vị phải báo cáo bất kỳ thay đổi nào về tên, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, tình trạng pháp lý, thu nhập, các thành viên trong gia đình và bảo hiểm y tế ngay lập tức. Việc không báo cáo những thay đổi này có thể dẫn tới việc quý vị mất đi sự trợ giúp từ Harris Health System và có thể phải chịu trách nhiệm thanh toán các chi phí chăm sóc từ Harris Health System. Harris Health System có quyền yêu cầu thêm thông tin. Tôi cam kết chịu trách nhiệm trước pháp luật về những lời khai tôi đã cung cấp cho Harris Health System là đúng và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin cho các nhà cung cấp, nhà thầu, cơ quan tiểu bang và liên bang, hoặc các chương trình hỗ trợ bệnh nhân của Harris Health System để xem xét hồ sơ cho mục đích kiểm toán.

XÁC NHẬN QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN

Bằng việc ký tên vào đơn xin hỗ trợ này, tôi khẳng định những điều sau:

Tôi xác nhận theo hình phạt cho tội khai man rằng thông tin trong đơn và các chứng từ đính kèm là đúng và chính xác. Đơn xin này là một tài liệu pháp lý. Việc cố tình bỏ sót thông tin hoặc cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm có thể khiến Harris Health System chấm dứt các dịch vụ cho tôi hoặc một thành viên trong nhà/gia đình của tôi.
Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình bỏ sót thông tin hoặc cung cấp thông tin sai lệch hoặc gây hiểu lầm, tôi có thể được yêu cầu bồi hoàn cho Harris Health System và Tiểu Bang cho các dịch vụ đã được cung cấp nếu tôi bị phát hiện là không đủ điều kiện nhận các dịch vụ đó.
Tôi sẽ báo cáo những thay đổi trong hộ gia đình/hoàn cảnh gia đình của mình, bao gồm những thay đổi về thu nhập, thành viên trong nhà/gia đình và nơi cư trú có ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện trong thời gian chứng nhận trong vòng 14 ngày kể từ ngày có thay đổi.
Tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin, bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin thu nhập và y tế, cho Ủy Ban Y tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Texas (HHSC), Bộ Dịch Vụ Y Tế Tiểu Bang Texas (DSHS) hoặc Harris Health System để xác định tính hội đủ điều kiện, để lập hóa đơn, hoặc cung cấp dịch vụ cho tôi hoặc cho nhà/gia đình của tôi.
Tôi hiểu rằng Harris Health System có thể yêu cầu tôi cung cấp bằng chứng về bất kỳ thông tin nào được cung cấp trong đơn xin này.
Tôi phải báo cáo cho Harris Health System biết về bất kỳ khoản bảo hiểm y tế nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc nhóm, tư cách thành viên tổ chức duy trì sức khỏe, Medicaid, Medicare, trợ cấp từ Cơ Quan Quản Lý Cựu Chiến Binh, TRICARE và quyền lợi Bồi Thường cho Người Lao Động.
Vì quyền lợi từ bảo hiểm y tế có thể được coi là nguồn thanh toán chính cho dịch vụ y tế được tiếp nhận, theo đây tôi chuyển giao cho Harris Health System bất kỳ quyền lợi nào giống như vậy cũng như mọi khoản thanh toán cho các quyền lợi và dịch vụ nhận được từ và thông qua Harris Health System, trả trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ.
Tôi hiểu rằng để duy trì tính đủ hội đủ điều kiện của chương trình, tôi sẽ phải đăng ký lại để được hỗ trợ ít nhất một lần mỗi mười hai tháng và có thể sớm hơn nếu tôi được xác định là hội đủ điều kiện nhận bất kỳ hình thức hỗ trợ nào của bên thứ ba.
Tôi là cư dân dân chính hoặc là người phụ thuộc của một cư dân dân chính của Quận Harris để được nhận Trợ Giúp Tài Chính từ Harris Health và là cư dân của Texas đối với các chương trình trợ cấp. Tôi thực sự sống ở Quận Harris, duy trì nơi cư ngụ ở Quận Harris, Texas, và không tự nhận là cư dân của một quận hoặc tiểu bang khác.
Một số chương trình cung cấp dịch vụ chăm sóc thông qua các nhà cung cấp được chương trình chấp thuận. Tôi hiểu rằng để nhận được lợi ích từ các chương trình như vậy, liệu pháp điều trị phải được tiếp nhận thông qua các nhà cung cấp được chương trình chấp thuận.
Tôi hiểu rằng tôi có quyền nộp đơn khiếu nại về việc xử lý đơn xin của tôi hoặc bất kỳ hành động nào do chương trình thực hiện với Văn Phòng Dân Quyền Dân thuộc HHSC theo số 1-888- 388-6332.
Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được chứng từ trên văn bản liên quan đến các dịch vụ mà nhà/gia đình của tôi hoặc bản thân tôi hội đủ điều kiện hoặc có khả năng hội đủ điều kiện tiếp nhận.
Với một số trường hợp ngoại lệ, tôi có quyền yêu cầu và được thông báo về những thông tin do Tiểu Bang Texas thu thập. Tôi được quyền nhận và xem xét thông tin theo yêu cầu. Tôi cũng có quyền yêu cầu cơ quan của tiểu bang đính chính những thông tin được xác định là không chính xác. Xem http://www.dshs.state.tx.us ; Texas Government Code (Bộ Luật Chính Quyền Texas) §§ 552.021, 552.023 và 559.004.
Nếu tôi cung cấp cho Harris Health System địa chỉ email của mình, thì tôi đồng ý nhận thông tin qua email từ Harris Health System về tôi và chương trình hỗ trợ tài chính cũng như là tính hội đủ điều kiện của gia đình/nhà tôi. Nếu tôi cung cấp cho Harris Health System địa chỉ email của mình, tôi sẽ giữ nguyên địa chỉ email của mình. Tôi đồng ý rằng email có thể không phải là hình thức liên lạc riêng tư giữa tôi và Harris Health System vì bất kỳ ai có quyền truy cập vào tài khoản email của tôi, chẳng hạn như thành viên gia đình hoặc hãng sô, đều có thể truy cập vào các thông tin liên lạc qua email này.
Tôi cho phép Ủy Ban Lực Lượng Lao Động Texas (TWC, Texas Workforce Commission) tiết lộ các hồ sơ yêu cầu Bảo Hiểm Thất Nghiệp, Hồ Sơ Lương, hoặc hồ sơ khác cho Harris Health System. Tôi hiểu rằng đây là những hồ sơ của một cơ quan tiểu bang và tôi ủy quyền rõ ràng cho cơ quan đó tiết lộ những hồ sơ này cho Harris Health System với mục đích sau: để xử lý đơn xin Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính của Harris Health. Sự cho phép này sẽ có hiệu lực trong khoảng thời gian mười hai tháng kể từ ngày thực hiện được định ra bên dưới, hoặc cho đến khi TWC nhận được văn bản thu hồi của tôi. Việc tiết lộ này sẽ áp dụng cho toàn bộ thời gian trong lúc hồ sơ được TWC nắm giữ hoặc duy trì trừ khi được giới hạn cụ thể ở đây.

Tôi đã đọc phần “XÁC NHẬN QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN” Có Không

Quý vị, vợ/chồng của quý vị và tất cả các con từ 18 đến 26 tuổi sống trong nhà của quý vị phải ký tên và ghi ngày để nhận Chương Trình Harris Health cho đơn thuốc

Chữ ký của Quý vị:	Ngày:
Chữ ký của vợ/chồng của quý vị nếu đã kết hôn hoặc theo thông luật:	Ngày:
Chữ ký của con từ 18 đến 26 tuổi sống trong nhà quý vị:	Ngày:
Chữ ký của con từ 18 đến 26 tuổi sống trong nhà quý vị:	Ngày:
Chữ ký của người làm chứng (nếu bất kỳ dòng nào được đánh dấu bằng chữ “X”):	Ngày: