

**Đơn xin Hỗ trợ
Tài sản của Medicare**

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.

Yêu cầu của Liên bang: Để hội đủ điều kiện được xem như thiếu thốn về y tế và được nhận trợ giúp giảm y phí, các bệnh nhân có Medicare cũng cần phải cung cấp chứng minh tài sản của họ.

Các Trạng mục

Loại Tài khoản	Có	Không	Số tiền	Tên Ngân hàng/Nghiệp đoàn Tín dụng/Công ty/ Người Vay nợ/Đại lý Trung gian/Người thi hành Di Chúc
Chi phiếu thứ nhất			\$	
Chi phiếu thứ hai			\$	
Khoản Tiết kiệm thứ nhất			\$	
Khoản Tiết kiệm thứ hai			\$	
Giấy chứng nhận Tiền gửi			\$	
Giấy cho Vay Nợ, Cổ Phiếu hoặc Trái Phiếu			\$	
Thanh toán Bảo hiểm			\$	
Giải quyết Vụ kiện			\$	
Tiền mặt			\$	
Khoản Thanh toán gộp			\$	Vào lúc: _____
Tài sản súc vật chăn nuôi, mỏ dầu, khoáng sản, các quyền làm chủ mạch khí Gas			\$	

Tài sản.

Loại Tài sản	Có	Không	Có bao nhiêu?	Địa điểm	Quý vị có sống Ở Đó không?	Giá trị
Căn nhà					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nhà Lưu đồ, ng					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nhà thuyền					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Đất					<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Phương tiện đi lại

Quý vị có làm chủ một chiếc xe không? Có Không

Xe Thứ nhất hoặc Xe tải		Xe Thứ hai hoặc Xe tải		Xe Thứ ba hoặc Xe tải	
Hiệu		Hiệu		Hiệu	
Kiểu		Kiểu		Kiểu	
Đời		Đời		Đời	
Giá thị trường	\$	Giá thị trường	\$	Giá thị trường	\$
Số tiền còn nợ	\$	Số tiền còn nợ	\$	Số tiền còn nợ	\$
Giá trị vốn chủ sở hữu: <i>Giá trị vốn chủ sở hữu bằng Giá thị trường trừ Số tiền còn nợ.</i>	\$	Giá trị vốn chủ sở hữu: <i>Giá trị vốn chủ sở hữu bằng Giá thị trường trừ Số tiền còn nợ.</i>	\$	Giá trị vốn chủ sở hữu: <i>Giá trị vốn chủ sở hữu bằng Giá thị trường trừ Số tiền còn nợ.</i>	\$
Đó có phải chiếc xe/xếp tải mang lại lợi tức không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đó có phải chiếc xe/xếp tải mang lại lợi tức không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Đó có phải chiếc xe/xếp tải mang lại lợi tức không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Chiếc xe đó có được sử dụng để chuyên chở một thành viên khuyết tật trong gia đình không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chiếc xe đó có được sử dụng để chuyên chở một thành viên khuyết tật trong gia đình không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Chiếc xe đó có được sử dụng để chuyên chở một thành viên khuyết tật trong gia đình không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nó có phải là một chiếc xe hơi/xếp tải Cho thuê không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nó có phải là một chiếc xe hơi/xếp tải Cho thuê không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nó có phải là một chiếc xe hơi/xếp tải Cho thuê không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Trương mục Hưu trí

Quý vị có trương mục hưu trí không? Có Không

Loại trừ tất cả các trương mục hoặc chương trình hưu trí được thiết lập dựa theo: Điều Khoản 401(a), 403(a), 403(b), 408, 408A, 457(b), 501(c)(18) trong Bộ Luật 1986 của Sở Thuế Vụ, Chương Trình Tiết Kiệm Liên Bang dựa theo Điều khoản 8439, Điều 5 trong Bộ Luật Hoa Kỳ, và các trương mục hưu trí Khác được xác định miễn thuế theo Bộ Luật 1986 của Sở Thuế Vụ.

Loại Trương mục Hưu trí	Tên Công ty	Tổng Số tiền

Các khoản Nợ và Nợ phải trả

Các khoản vay

Loại Khoản vay	Có	Không	Số tiền Nợ?	Tên Tổ chức cho vay/Ngân hàng
Phương tiện đi lại			\$	
Tài sản Thuộc sở hữu Khác (Không có nhà)			\$	
Các khoản vay khác			\$	
Thẻ Tín dụng thứ nhất			\$	
Thẻ Tín dụng thứ hai			\$	
Thẻ Tín dụng thứ ba			\$	
Thẻ Tín dụng thứ tư			\$	
Thẻ Tín dụng thứ năm			\$	
Thẻ Tín dụng thứ sáu			\$	
Thẻ Tín dụng thứ bảy			\$	
Thẻ Tín dụng thứ tám			\$	
Thẻ Tín dụng thứ chín			\$	
Thẻ Tín dụng thứ mười			\$	

Những câu trả lời và trình bày của Tôi/Chúng Tôi là thật và đúng với sự hiểu biết và tin tưởng tốt nhất của Tôi/Chúng Tôi.

Chữ ký của Người nhận Medicare: _____

Chữ ký của Vợ/Chồng: _____

Ngày: _____