

Biểu mẫu Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính

PHẦN MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Viết bằng chữ in tên đầy đủ, địa chỉ của bạn tại thời điểm bạn nhận dịch vụ y tế và thông tin khác được ghi trong phần này.

Số Tài khoản (Các) Ngày nhận Dịch vụ

Tên Bệnh nhân: HỌ TÊN CHỮ CÁI ĐẦU TÊN ĐỆM

Địa chỉ: SỐ NHÀ VÀ ĐƯỜNG PHỐ Thành phố: Quận:

Tiểu bang Cư trú: Mã Zip: Ngày sinh: / / Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Đã ly hôn

Số Điện thoại Chính: () Nhà Di động Cơ quan Nơi khác

Địa chỉ Email:

Bảo hiểm y tế tại thời điểm cung cấp dịch vụ: Không có Bảo hiểm Medicare Medicaid Loại khác

PHẦN HAI: THU NHẬP GIA ĐÌNH

Khai thu nhập của bản thân, vợ/chồng của bạn và tất cả các thành viên khác trong gia đình (nếu có).

Nguồn Thu nhập	Tổng cộng trong 3 Tháng Trước khi nhận Dịch vụ	Tổng cộng trong 12 Tháng Trước khi nhận Dịch vụ
Tiền lương/Tự Làm chủ	\$	\$
An sinh Xã hội	\$	\$
Lương hưu, Cổ tức, Tiền lãi, Thu nhập Cho thuê	\$	\$
Trợ cấp thất nghiệp, Bồi thường của Người lao động	\$	\$
Cấp dưỡng Nuôi con (chỉ khi bệnh nhân là người nhận dự tính)	\$	\$
Khoản khác	\$	\$

PHẦN BA: THÔNG TIN GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP

Liệt kê tất cả các thành viên gia đình trong hộ gia đình của bạn và ngày sinh của họ.

Vui lòng cung cấp thông tin sau đây cho tất cả những người trong gia đình trực tiếp của bạn sống trong nhà của bạn. Với mục đích của HCAP, gia đình được định nghĩa là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân, và tất cả các con của bệnh nhân dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ nuôi của bệnh nhân, và (các) con dưới 18 tuổi của cha mẹ (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên gia đình, bao gồm bệnh nhân Ngày sinh Quan hệ với Bệnh nhân

- Bệnh nhân:
-
-
-
-
-

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả mọi điều tôi đã khai trên đơn đăng ký này và trên bất kỳ tài liệu đính kèm nào là đúng sự thật.

Chữ ký của Bên Có trách nhiệm: x

Ngày:

