

แบบฟอร์มใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน

ส่วนที่หนึ่ง: ข้อมูลผู้ป่วย

เขียนชื่อ-นามสกุลและที่อยู่ของคุณ ณ เวลาที่รับบริการทางการแพทย์ และข้อมูลอื่น ๆ ที่ระบุแบบตัวบรรจงไว้ในส่วนนี้

หมายเลขบัญชี _____ วันที่รับบริการ _____

ชื่อผู้ป่วย: _____

นามสกุล

ชื่อจริง

อักษรย่อของชื่อกลาง

ที่อยู่: _____ เมือง: ____/____/____ เทศมณฑล: _____

หมายเลขและถนน

รัฐที่อยู่อาศัย: _____ รหัสไปรษณีย์: _____ วันเดือนปีเกิด: ____/____/____ สถานภาพสมรส: โสด สมรส หย่า

หมายเลขโทรศัพท์หลัก: (_____) _____ บ้าน มือถือ ที่ทำงาน อื่นๆ _____

ที่อยู่อีเมล: _____

ประกันสุขภาพ ณ วันที่รับบริการ: ไม่มีประกัน Medicare Medicaid อื่นๆ _____

ส่วนที่ 2: รายได้และทรัพย์สินของครอบครัว

ระบุรายได้ของตนเอง คู่สมรส และสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ทั้งหมด (หากเข้าข่าย)

| แหล่งที่มาของรายได้ | รวมทั้งหมดเป็นเวลา 3 เดือนก่อนเข้ารับบริการ | รวมทั้งหมดเป็นเวลา 12 เดือนก่อนเข้ารับบริการ |
|---|---|--|
| ค่าจ้าง/การจ้างงานตนเอง | \$ _____ | \$ _____ |
| ประกันสังคม | \$ _____ | \$ _____ |
| เงินบำนาญ เงินปันผล ดอกเบี้ย รายได้ค่าเช่า | \$ _____ | \$ _____ |
| สวัสดิการสำหรับผู้ว่างงาน เงินทดแทน | \$ _____ | \$ _____ |
| ค่าเลี้ยงดูบุตร (เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับเงินที่เจตนา) | \$ _____ | \$ _____ |
| อื่นๆ | \$ _____ | \$ _____ |

รวมสินทรัพย์สุทธิ (สินทรัพย์ - หนี้สิน) เสมือนว่าเป็นวันที่ยื่นใบสมัคร: ดอลลาร์สหรัฐ _____

ส่วนที่ 3: ข้อมูลครอบครัวและรายได้

ระบุรายชื่อสมาชิกครอบครัวทั้งหมดในครัวเรือนของคุณและวันเดือนปีเกิดของพวกเขา

โปรดให้ข้อมูลต่อไปนี้สำหรับทุกคนในครอบครัวที่ใกล้ชิดของคุณที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ เพื่อจุดประสงค์ของ HCAP ครอบครัวหมายถึงผู้ป่วย คู่สมรสของผู้ป่วย และบุตรของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (บุตรโดยกำเนิดหรือบุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ครอบครัวจะต้องรวมผู้ป่วย บิดามารดาผู้ให้กำเนิดหรือบิดามารดาบุญธรรมของผู้ป่วย และบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (บุตรโดยกำเนิดหรือบุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ป่วย

ชื่อสมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ป่วย _____ วันเกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

1. ผู้ป่วย: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

หากข้าพเจ้าลงลายมือชื่อด้านล่าง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในใบสมัครนี้และในเอกสารแนบใดๆ เป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อของผู้รับผิดชอบ: x _____ วันที่: _____