

Biểu Mẫu Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

PHẦN MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Hãy viết in hoa họ tên, địa chỉ của quý vị vào thời điểm quý vị nhận dịch vụ y tế và các thông tin khác được ghi trong phần này.

Số Tài Khoản _____ (Các Ngày Nhận Dịch Vụ _____)

Tên Bệnh Nhân: _____
 HỌ TÊN TÊN ĐỆM VIẾT TẮT

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____ Hạt: _____
 SỐ NHÀ VÀ TÊN ĐƯỜNG

Tình Trạng Cư Trú: _____ Mã Zip: _____ Ngày Sinh: ____/____/____ Tình Trạng Hôn Nhân: Độc thân Đã kết hôn Đã ly hôn

Số Điện Thoại Chính: (_____) _____ Nhà riêng Di Động Cơ quan Khác _____

Địa Chỉ Email: _____

Bảo hiểm y tế tại thời điểm sử dụng dịch vụ: Không có Bảo hiểm Medicare Medicaid Khác _____

PHẦN HAI: THU NHẬP GIA ĐÌNH VÀ TÀI SẢN

Cung cấp thông tin thu nhập của quý vị, vợ/chồng quý vị và tất cả các thành viên khác trong gia đình (nếu có).

Nguồn Thu Nhập	Tổng Thu Nhập 3 Tháng Trước Khi Sử Dụng Dịch Vụ	Tổng Thu Nhập 12 Tháng Trước Khi Sử Dụng Dịch Vụ
Tiền Lương/Thu Nhập Tự Chủ	\$ _____	\$ _____
An Sinh Xã Hội	\$ _____	\$ _____
Lương Hưu, Cổ Phần, Lãi Suất, Thu Nhập Từ Tiền Cho Thuê Nhà	\$ _____	\$ _____
Trợ Cấp Thất Nghiệp, Bồi Thường Cho Người Lao Động	\$ _____	\$ _____
Cấp Dưỡng Nuôi Con (chỉ nếu bệnh nhân là người nhận chỉ định)	\$ _____	\$ _____
Khác	\$ _____	\$ _____

Tổng Tài Sản Ròng (Tài Sản - Nợ) tính đến ngày Nộp Đơn Đăng Ký: \$ _____

PHẦN BA: THÔNG TIN VÀ THU NHẬP CỦA GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả các thành viên chung sống trong gia đình quý vị và ngày sinh của họ.

Vui lòng cung cấp các thông tin sau về tất cả những người thân ruột thịt sống trong nhà của quý vị. Theo các mục đích của HCAP, gia đình được định nghĩa là bệnh nhân, vợ/chồng của bệnh nhân, và tất cả con cái dưới 18 tuổi của bệnh nhân (con ruột hay con nuôi) sống tại nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình phải bao gồm bệnh nhân, cha (mẹ) ruột hoặc cha (mẹ) nuôi của bệnh nhân và con cái dưới 18 tuổi (con ruột hay con nuôi) của cha (mẹ) bệnh nhân, sống tại nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình, kể cả bệnh nhân Ngày Sinh Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

- Bệnh Nhân: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng mọi điều tôi đã nêu trong đơn đăng ký này và bất kỳ tài liệu đính kèm nào là đúng sự thật.

Chữ Ký Người Làm Đơn: x _____ Ngày: _____

Gửi lại đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị về: **Select Specialty Hospital - Nashville**

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011

(888) 868-1103

Email: IPCS@selectmedical.com

Fax: (717) 980-2509

Sửa đổi 7/1/2021