



የገንዘብ ድጋፍ ማመልከቻ ቅጽ

ክፍል አንድ:- የታካሚ መረጃ

ሙሉ ስምዎን፣ የህክምና አገልግሎት በተቀበሉበት ጊዜ አድራሻዎን እና በዚህ ክፍል ውስጥ የተመለከቱትን ሌሎች መረጃዎች ይጻፉ።

የሂሳብ ቁጥር _____ የአገልግሎት ቀን(ኛች) _____

የታካሚ ስም:- _____
የመጨረሻው የመጀመሪያው የመካከለኛው መጀመሪያ

አድራሻ:- _____ ከተማ:- _____ አገር:- _____
ቁጥር እና ጎዳና

የመኖሪያ ሁኔታ:- _____ ዚፕ ኮድ:- _____ የተወለዱበት ቀን:- ____/____/____ የጋብቻ ሁኔታ:- ላጤ ያገባ የተፋታ

የመጀመሪያ ስልክ ቁጥር:- (_____) _____ ቤት ስልክ ስራ ሌላ _____

ኢ.ሜይል አድራሻ:- _____

የጤና ኢንሹራንስ በአገልግሎት ቀን:- ኢንሹራንስ የለኝም Medicare Medicaid ሌላ:- _____

ክፍል ሁለት:- የቤተሰብ ገቢ እና ንብረት

ሰራተኛ ለባለቤትነት እና ለሌሎች የቤተሰብ አባላት በሙሉ ገቢ ያቅርቡ (የሚመለከተው ከሆነ)።

የገቢ ምንጭ	አጠቃላይ ከአገልግሎት በፊት ለ 3 ወራት	አጠቃላይ ከአገልግሎት በፊት ለ 12 ወራት
ደሞዝ/የራስ ስራ	\$ _____	\$ _____
ማህበራዊ ዋስትና	\$ _____	\$ _____
ጡረታ፣ ክፍልፋዮች፣ ወለድ፣ የኪራይ ገቢ	\$ _____	\$ _____
ስራ አጥነት፣ የሰራተኞች ማካካሻ	\$ _____	\$ _____
የልጅ ድጋፍ (ታካሚው የታሰበው ተቀባይ ከሆነ ብቻ)	\$ _____	\$ _____
ሌላ	\$ _____	\$ _____

ጠቅላላ የተጣራ ንብረቶች (ንብረት - ዕዳ) የማመልከቻው ቀን ያህል:- ዶላር _____

ክፍል ሶስት:- የቤተሰብ መረጃ እና ገቢ

በቤተሰብ ውስጥ ያሉትን ሁሉንም የቤተሰብ አባላት እና የተወለዱበትን ቀን ይዘርዝሩ።

አባዘን የሚከተለውን መረጃ በቤት ውስጥ ለሚኖሩ የቅርብ ቤተሰብ ሰዎች ሁሉ ያቅርቡ። ለ HCAP ዓላማዎች፣ ቤተሰብ ማለት ታካሚው፣ የታካሚው የትዳር ጓደኛ እና ሁሉም ቤተሰብ አባላት ቤት ውስጥ የሚኖሩ ከ18 ዓመት በታች የሆኑ (ተፈጥሯዊ ወይም አሳዳጊ) ልጆች ማለት ነው። በሽተኛው ከ 18 ዓመት በታች ከሆነ ቤተሰብ ታካሚውን፣ የታካሚውን ተፈጥሯዊ ወይም አሳዳጊ ወላጅ (ጆች) እና ወላጅ (ዎች) ከ 18 ዓመት በታች የሆኑ ልጆች (ተፈጥሯዊ ወይም አሳዳጊ) ቤተሰብ አባላት ቤት ውስጥ ይኖራሉ።

የታካሚ የቤተሰብ አባላት ስም _____ የተወለዱበት ቀን _____ ከታካሚ ጋር ያለው ግንኙነት ጨምሮ፡

1. ታካሚ:- _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

ከዚህ በታች በመፈረም በዚህ ማመልከቻ እና በማናቸውም አባሪዎች ላይ የገለጽኩት ነገር ሁሉ እውነት መሆኑን አረጋግጣለሁ።

ኃላፊነት ያለው አካል ፊርማ:- x _____ ቀን:- _____