

## 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 chú trong phần này.

Số Tài Khoản \_\_\_\_\_ (Các Ngày Nhận Dịch Vụ \_\_\_\_\_)

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_  
LẦN ĐẦU TIÊN TRƯỚC CUỐI CÙNG

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_ Thành Phố: \_\_\_\_\_ Quận: \_\_\_\_\_  
SỐ NHÀ VÀ TÊN ĐƯỜNG

Tình Trạng Cư Trú: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân:  Độc thân  Đã kết hôn  Ly dị

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

Địa Chỉ Email: \_\_\_\_\_

Bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ:  Không có bảo hiểm  Bảo hiểm Medicare  Bảo hiểm Medicaid  Khác: \_\_\_\_\_

## PHẦN HAI: THU NHẬP GIA ĐÌNH VÀ TÀI SẢN

Cung cấp 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	USD	USD
An Sinh Xã Hội	USD	USD
Lương Hưu, Cổ Tức, Tiền Lãi, Thu Nhập Từ Cho Thuê Nhà	USD	USD
Trợ Cấp Thất Nghiệp, Bồi Thường Người Lao Động	USD	USD
Cấp Dưỡng Nuôi Con (chỉ nếu bệnh nhân là người nhận chỉ định)	USD	USD
Khác	USD	USD

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

## PHẦN BA: THU NHẬP VÀ THÔNG TIN 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 đây về tất cả những người trong gia đình trực hệ của quý vị sống tại nhà quý vị. Theo 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 hoặc 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 hoặc con nuôi) của cha (mẹ) bệnh nhân sống tại nhà của bệnh nhân.

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

1. Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

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 của Bên Chịu Trách Nhiệm: x \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_