

Biểu mẫu Đăng ký Hỗ trợ Tài chính

PHẦN MỘT: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Viết chữ in tên đầy đủ của bạn, địa chỉ của bạn tại thời điểm bạn 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 _____ CHỮ CÁI ĐẦU TÊN ĐỆM _____

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

Tình trạng Cư trú: _____ Mã Bưu Chính: _____ Ngày Sinh: ____/____/____ Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Đã ly hôn

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

Địa chỉ Email: _____

Bảo hiểm y tế tại thời điểm nhận dịch vụ: Không có Bảo hiểm Medicare Medicaid Bảo hiểm khác _____

PHẦN HAI: THU NHẬP GIA ĐÌNH VÀ TÀI SẢN

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 cho 3 Tháng Trước khi nhận Dịch vụ	Tổng cộng cho 12 Tháng Trước khi nhận Dịch vụ
Tiền lương/Tự Kinh doanh	\$ _____	\$ _____
An sinh Xã hội	\$ _____	\$ _____
Hưu trí, Cổ tức, Tiền lãi, Thu nhập Cho thuê	\$ _____	\$ _____
Thất nghiệp, Bồi thường cho Người lao động	\$ _____	\$ _____
Cấp dưỡng Nuôi con (chỉ khi bệnh nhân là người nhận dự định)	\$ _____	\$ _____
Bảo hiểm khác	\$ _____	\$ _____

Tổng Tài sản Ròng (Tài sản - Nợ) tính đến Ngày Đăng ký: \$ _____

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 cho tất cả những người trong gia đình trực hệ của bạn đang sống trong nhà bạn. Đối với 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 đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, (các) cha mẹ đẻ hoặc cha mẹ nuôi của bệnh nhân, và (các) con dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) của (các) cha mẹ sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình, bao gồm cả bệnh nhân Ngày Sinh Mối quan hệ với Bệnh nhân

1. Bệnh nhân _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tất cả những gì tôi đã khai trong biểu mẫu 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: _____

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã xem xét và phê duyệt biểu mẫu đăng ký này.

Chữ ký của Giám đốc Điều hành Bệnh viện: x _____ Ngày: _____

Gửi lại biểu mẫu đăng ký đã hoàn thành của bạn cho: **Helen M. Simpson Rehabilitation Hospital**