

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ: _____ SỐ TÀI KHOẢN: _____

TÊN BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐĂNG KÝ: _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP: _____

ĐIỆN THOẠI: _____ TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN: _____

PHẢI HOÀN TẤT NHỮNG THÔNG TIN SAU ĐỂ ĐƯỢC CÂN NHẮC HỖ TRỢ TÀI CHÍNH. VUI LÒNG LƯU Ý RẰNG CÁC BỆNH NHÂN KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM PHẢI THAM GIA VỚI NHÀ CUNG CẤP ĐỦ ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CỦA CHÚNG TÔI TRƯỚC KHI NHẬN HỖ TRỢ.

(Liệt kê vợ/chồng và con cái phụ thuộc dưới 18 tuổi, sống trong hộ gia đình và ngày sinh của họ)

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY SINH	TỔNG THU NHẬP TRONG 3 THÁNG TRƯỚC NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ	TỔNG THU NHẬP TRONG 12 THÁNG TRƯỚC NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ	TÊN NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG TRẢ CHO NGUỒN THU NHẬP (NẾU TÊN NẾU QUÝ VỊ LÀ SINH VIÊN ĐẠI HỌC)
	BẢN THÂN				

- NẾU QUÝ VỊ BÁO CÁO KHÔNG CÓ THU NHẬP, QUÝ VỊ ĐANG ĐƯỢC HỖ TRỢ NHƯ THẾ NÀO? _____
- QUÝ VỊ ĐÃ CƯ TRÚ TẠI TIỂU BANG NÀO TRONG THỜI GIAN QUÝ VỊ THĂM KHÁM? _____
- QUÝ VỊ ĐÃ NỘP ĐƠN XIN HỖ TRỢ MEDICAID HAY BẤT KỲ HỖ TRỢ CỦA QUẬN NÀO KHÁC CHƯA?
 KHÔNG CÓ (NGÀY/TIỂU BANG _____)
- QUÝ VỊ ĐÃ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ VÀO NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ CHƯA? KHÔNG CÓ (HÃY GỬI BẢN SAO THẺ BẢO HIỂM CÙNG VỚI ĐƠN NÀY)
- NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TAI NẠN Ô TÔ KHÔNG?? KHÔNG CÓ (TÊN/SỐ YẾU CẦU BẢO HIỂM _____)
- CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ TÀI KHOẢN TIẾT KIỆM HOẶC TÀI KHOẢN VẮNG LAI KHÔNG?
 KHÔNG CÓ (GIÁ TRỊ _____)
- CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ TÀI SẢN NÀO KHÁC KHÔNG? KHÔNG CÓ (LOẠI/GIÁ TRỊ) _____
- QUÝ VỊ SỞ HỮU HAY CHO THUÊ NHÀ?
 SỞ HỮU CHO THUÊ KHÁC (_____)

ĐỐI VỚI NHỮNG TÀI SẢN THU NHẬP ĐƯỢC NÊU TRÊN, QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP NHỮNG THÔNG TIN SAU ĐỐI VỚI TỪNG THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH:

(vui lòng đánh dấu các mục đã nhận)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ĐANG ĐI LÀM = THU NHẬP 3 HOẶC 12 THÁNG | <input type="checkbox"/> NGHỀ TỰ DO = HOÀN TẤT TỜ KHAI THUẾ BAO GỒM BẢNG BIỂU C |
| <input type="checkbox"/> THẤT NGHIỆP = THU' QUYỀN LỢI | <input type="checkbox"/> HỖ TRỢ NUÔI CON = VẤN BẢN THEO LỆNH TÒA ÁN |
| <input type="checkbox"/> AN SINH XÃ HỘI = THU' QUYỀN LỢI | <input type="checkbox"/> KHÁC= BẢNG CHỨNG VỀ BẤT KỲ THU NHẬP NÀO CHẴNG HẠN NHƯ' CÒ TỨC, LỢI NHUẬN, THU NHẬP CHO THUÊ |
| <input type="checkbox"/> LƯƠNG HƯU HOẶC TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT= THU' QUYỀN LỢI | <input type="checkbox"/> VẮNG LAI / TIẾT KIỆM = BẢN SAO KÊ 30 NGÀY HIỆN TẠI CHO MỖI TÀI KHOẢN |

CHỨNG NHẬN: BẢNG VIỆC KÝ VÀO VẤN BẢN NÀY, TÔI XÁC NHẬN RẰNG NHỮNG CÂU TRẢ LỜI TRONG ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY LÀ ĐÚNG. NẾU ĐÁNH GIÁ SAU NÀY CỦA ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CÁ NHÂN CHO THẤY RẰNG THÔNG TIN DO CÁ NHÂN CUNG CẤP LÀ KHÔNG CHÍNH XÁC HOẶC LỪA ĐẢO, QUYẾT ĐỊNH CUNG CẤP HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CÓ THỂ BỊ THU HỒI VÀ BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM SẼ BỊ TÍNH HÓA ĐƠN. TÔI HIỂU RẰNG THÔNG TIN MÀ TÔI GỬI PHẢI CÓ SỰ XÁC MINH CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ BỆNH VIỆN, BAO GỒM CÁC CƠ QUAN BÁO CÁO TÍN DỤNG, VÀ PHẢI ĐƯỢC CÁC CƠ QUAN LIÊN BANG VÀ/HOẶC TIỂU BANG VÀ NHỮNG CƠ QUAN KHÁC ĐÁNH GIÁ THEO YẾU CẦU.

CHỮ KÝ CHA MẸ: _____ NGÀY: _____

CHỮ KÝ NGƯỜI ĐĂNG KÝ HOẶC ĐẠI DIỆN: _____ MỐI QUAN HỆ: _____ NGÀY: _____
(NẾU KHÔNG PHẢI BỆNH NHÂN)

GỬI ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐÃ HOÀN TẤT VÀ TÀI LIỆU QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN TỚI:
Mercy Health Public Benefits Dept
PO Box 631774
Cincinnati, OH 45263-1774