

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

TÊN BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐĂNG KÝ: _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP: _____

ĐIỆN THOẠI: _____ TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN: _____

NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ: _____

SỐ TÀI KHOẢN: _____

SỐ DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG (CSN): _____

BỆNH VIỆN: _____

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. QUYẾT ĐỊNH SẼ ĐƯỢC ĐƯA RA TRONG VÒNG 90 NGÀY KỂ TỪ NGÀY NHẬN ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐƯỢC HOÀN TẤT VÀ CÓ SỰ THAM GIA VỚI NHÀ CUNG CẤP CỦA CHÚNG TÔI

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 TỪNG ĐĂNG KÝ MEDICAID HOẶC BẤT KỲ HỖ TRỢ QUẬN NÀO KHÁC CHƯA? CHƯA RỒI (NGÀY/TIỂU BANG _____)
- QUÝ VỊ ĐÃ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ VÀO NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ CHƯA? CHƯA RỒI (CUNG CẤP BẢN SAO THẺ CÙNG VỚI ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY)
- NGÀY THỰC HIỆN DỊCH VỤ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TAI NẠN Ô TÔ KHÔNG? KHÔNG CÓ (TÊN BẢO HIỂM/SỐ YÊU CẦU BẢO HIỂM _____)
- CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ TÀI KHOẢN TIẾT KIỆM HOẶC TÀI KHOẢN VẮNG LAI KHÔNG? KHÔNG CÓ (HIỆU LỰC _____)
- CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QUÝ VỊ CÓ BẤT KỲ TÀI SẢN NÀO KHÁC KHÔNG? KHÔNG CÓ (LOẠI/GIÁ TRỊ) _____
- QUÝ VỊ CÓ SỞ HỮU HOẶC ĐANG THUÊ NHÀ KHÔNG? SỞ HỮU 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 CỔ 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 YÊU CẦU.

CHỮ KÝ BỆNH NHÂN: _____ 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:

Bon Secours Southside Regional Medical Center
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805

Sửa Đổi Lần Cuối: Ngày 1 tháng 4 năm 2020