

Hướng dẫn: Hoàn tất đơn xin và nộp lại trong vòng 10 ngày kèm với bản sao các văn bản sau:

- Giấy khai thuế gần đây nhất
- Bản kê ngân hàng đầy đủ cho ba tháng
- Giấy xác nhận/từ chối trợ cấp Medicaid, nếu có
- Bản kê hiện tại cho tất cả các khoản đầu tư
- Bảng chứng về thu nhập (cuống phiếu trả lương, v.v.) cho ba tháng
- Lá thư từ người trợ cấp cho quý vị nếu quý vị không có thu nhập

Thông tin về Bệnh nhân		
Tên đầy đủ (Họ, Tên, Chữ lót)		Ngày sinh
Địa chỉ		
Số điện thoại chính ()	Số điện thoại phụ ()	Số An sinh Xã hội/EIN
Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Có vợ/chồng <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Tình trạng khác _____		Quý vị có phải là người cư trú hợp pháp ở nước Mỹ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có nộp Tờ Khai thuế Liên bang không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không thì tại sao? _____		Người đứng tên chính trên tờ khai thuế là ai? <input type="checkbox"/> Tôi <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Người khác _____
Chủ thuê lao động		Vào lúc nhận dịch vụ, quý vị có bảo hiểm y tế hay bất kỳ loại bảo hiểm nào khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thông tin về Gia hộ (Liệt kê tất cả những người đang sống ở gia hộ của quý vị)			
Tên thành viên gia hộ	Ngày sinh	Quan hệ	Người này có tên trong Tờ Khai thuế Liên bang của quý vị không?
1.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu cần khai thêm bất kỳ thành viên gia hộ nào thì quý vị có thể đính kèm một trang giấy riêng.

Chi phí (liệt kê các chi phí hàng tháng của tất cả thành viên gia hộ). Không cần điền phần này cho các phòng khám NHSC hay MSLRP		
Tiền trả nợ nhà/ Tiền thuê nhà/Tiền thuê lô đất	Thuế bất động sản (cả năm)	Bảo hiểm cho chủ nhà/người thuê nhà
Tiền trả nợ xe	Bảo hiểm xe	Xăng (xe)
Điện thoại	Các tiện ích công (điện, nước v.v.)	Thực phẩm
Dịch vụ giữ trẻ/Tiền cấp dưỡng con	Học phí	Chi phí khác:
Bảo hiểm/Chi phí y tế	Bảo hiểm nhân thọ	Chi phí khác:

Chi dành cho việc sử dụng nội bộ	Số hồ sơ y tế
----------------------------------	---------------

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

Thu nhập (Liệt kê thu nhập của tất cả các thành viên gia hộ)					
Nguồn thu nhập hàng tháng	Thu nhập này của ai?	Thu nhập hàng tháng trước thuế	Nguồn thu nhập hàng tháng	Thu nhập này của ai?	Thu nhập hàng tháng trước thuế
Tiền lương (của bệnh nhân)			Tiền An sinh Xã hội (của bệnh nhân)		
Tiền lương (phụ thêm)			Số An sinh Xã hội (phụ thêm)		
Công việc tự do			Khoản đầu tư/Tiền lãi		
Lương hưu/Cổ tức			Tiền cấp dưỡng con hay vợ/chồng cũ		
Tiền boa/Hoa hồng			Thu nhập từ bộ lạc thổ dân		
Tiền thất nghiệp			Thu nhập từ bất động sản cho thuê/Hợp đồng cho thuê đất		
Tiền bồi thường tai nạn lao động			Trợ cấp chính phủ		
Tiền khuyết tật			Thu nhập khác:		

Tài sản gia hộ (liệt kê các tài sản của tất cả thành viên gia hộ). Không cần điền phần này cho các phòng khám NHSC hay MSLRP

Nguồn tài sản	Tài sản này của ai?	Giá trị tài sản hiện tại	Nguồn tài sản	Tài sản này của ai?	Giá trị tài sản hiện tại
Tài khoản vãng lai			Giá trị bất động sản (nhà)		
Tài khoản vãng lai #2			Giá trị bất động sản #2		
Tài khoản tiết kiệm			Giá trị xe (chính)		
Tài khoản tiết kiệm #2			Giá trị xe #2		
Tài khoản chứng chỉ tiền gửi (CD)/ Thị trường tiền tệ			Xe máy/ATV/Thuyền/Xe moóc		
Tài khoản 401k/403B/ IRA/Hưu trí			Bảo hiểm nhân thọ (Giá trị giải ước)		
Cổ phiếu/Trái phiếu/Niên kim			Quỹ ủy thác		
HSA/FSA			Dịch vụ thanh toán di động/áo		
Tài sản khác:			Tài sản khác:		

Tôi hiểu rằng các thông tin đã nộp liên quan đến thu nhập hàng năm, số người trong gia đình và các tài sản của tôi đều có thể được kiểm chứng. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin đã nộp bị xác nhận là sai sự thật thì đơn xin này sẽ bị từ chối và tôi sẽ vẫn chịu trách nhiệm thanh toán phần dư nợ tài khoản.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần được giúp đỡ để hoàn tất đơn xin này thì xin vui lòng liên lạc với chúng tôi qua điện thoại tại số 248.577.9205 hoặc gửi email đến patient_financial_resources@beaumont.org.

Người nộp đơn _____ Ngày _____

Vợ/chồng _____ Ngày _____