

Tên Bệnh Nhân: _____ MRN: _____

Tên Bệnh Nhân: _____ Họ: _____ Tên Đệm: _____

Địa Chỉ Đường Phố: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Quận: _____

Tên của Chủ Hộ Gia Đình (nếu áp dụng): _____ Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Điện Thoại Nhà của Bệnh Nhân: _____ Điện Thoại Di Động của Bệnh Nhân: _____

Điện Thoại Nơi Làm Việc của Bệnh Nhân: _____ Email của Bệnh Nhân: _____

Vui lòng xác nhận địa chỉ trên. Vui lòng sửa lại nếu cần thiết.

Các Thành Viên Trong Hộ Gia Đình* Vui lòng cho biết họ tên và ngày sinh của tất cả các thành viên. Vui lòng ghi số An Sinh Xã Hội và mối quan hệ.				
Tên <i>Họ Tên – Tên, Tên Đệm, Họ</i>	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Mối Quan Hệ với Người Nộp Đơn	Nộp Đơn Đánh dấu nếu Có
			BẢN THÂN	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Mối quan hệ với Người Nộp Đơn phải là quan hệ của Thành Viên Trong Hộ Gia Đình với người nộp đơn, chứ không phải là Người Bảo Lãnh.
 Ví dụ như vợ, chồng, con gái, con trai, cha, mẹ, con trai kế, con gái kế, anh chị em họ, v.v...

*Nếu có nhiều thành viên trong hộ gia đình hơn những người được liệt kê phía trên, vui lòng xem trang cuối

Thu Nhập của Hộ Gia Đình*					
Vui lòng cho biết quý vị hay người trong hộ gia đình quý vị có những loại thu nhập nào dưới đây:					
<input type="checkbox"/> Tiền Công/Tiền Lương <input type="checkbox"/> Tự Kinh Doanh <input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội <input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Nuôi Con		<input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Bồi Thường Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Lương Hưu <input type="checkbox"/> Thu Nhập Từ Bất Động Sản/Nhà Cho Thuê		<input type="checkbox"/> Phúc Lợi Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Phúc Lợi Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Bồi Thường Cho Người Lao Động <input type="checkbox"/> Sinh Viên, Học Sinh I-20 <input type="checkbox"/> Khác	
Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây đối với tất cả những loại thu nhập mà quý vị cho biết là quý vị có nhận:					
Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Loại <i>Cho Biết Tên của Chủ Lao Động nếu phù hợp.</i>	Số Tiền	Thời Hạn <i>Chọn một.</i>	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc <i>(Nếu phù hợp)</i>
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		

*Nếu có nhiều thu nhập trong hộ gia đình hơn những gì được liệt kê phía trên, vui lòng xem trang cuối

Đối với tất cả thu nhập mà hộ gia đình nhận được, quý vị phải cung cấp tài liệu chứng minh trong vòng 30 ngày qua để hoàn tất đơn này. (nghĩa là các tài liệu như tờ khai thuế, phiếu lương, (các) thư chấp thuận trợ cấp, bản kê khai tự kinh doanh, bản kê khai cấp dưỡng nuôi con, v.v...)

 Hộ gia đình tôi không có thu nhập do làm việc cũng như không có thu nhập không do làm việc

Tên Bệnh Nhân: _____ MRN: _____

Tài Sản/Nguồn Lực*

Vui lòng cho biết quý vị hay người trong gia đình quý vị có những nguồn lực nào dưới đây:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (Các) Tài Khoản Thanh Toán | <input type="checkbox"/> Chứng Nhận Gửi Tiền (CD) | <input type="checkbox"/> Quỹ Tương Hỗ |
| <input type="checkbox"/> (Các) Tài Khoản Tiết Kiệm | <input type="checkbox"/> Niên Kim | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> (Các) Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ | <input type="checkbox"/> Trái Phiếu | |

Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây đối với tất cả những loại tài sản/nguồn lực mà quý vị đã nêu:

Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Loại	Số Tài Khoản	Giá Trị

*Nếu có nhiều tài sản/nguồn lực hơn những gì được liệt kê phía trên, vui lòng xem trang cuối

 Đối với tất cả (các) tài sản/nguồn lực quý vị đã nêu, quý vị phải cung cấp giấy tờ chứng minh trong 30 ngày qua.

 Hộ gia đình tôi không có bất kỳ tài sản/nguồn lực nào để khai báo.

Các Thông Tin Khác*

Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây.

 Bệnh nhân có thể thường trú tại Hoa Kỳ không? Có Không

 Hộ gia đình này có đang hưởng trợ cấp công cộng không? Có Không Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau đây:

Tên Công Ty Bảo Hiểm & Số ID: _____

 Bệnh nhân này có nộp đơn đăng ký trợ cấp công cộng trong 12 tháng vừa qua không? Có Không

 Nếu có, quý vị có bị từ chối trợ cấp không? Có Không

 Vui lòng đính kèm theo thư PA-162 chấp thuận/từ chối. (Nhận được từ Sở Phúc Lợi của PA)

 Bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe không? Nếu quý vị nhận bảo hiểm sức khỏe, vui lòng thông báo cho phòng ban biết. Bảo Hiểm Sức Khỏe luôn là nguồn thanh toán chính trước khi được hỗ trợ tài chính. Có Không Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau đây:

Tên Công Ty Bảo Hiểm & Số ID: _____

Tên Người Được Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ____/____/____

*Nếu có nhiều thông tin cần ghi chú hơn những gì được liệt kê phía trên, vui lòng xem trang cuối

 Bệnh nhân có hội đủ điều kiện cho bất kỳ chương trình nào dưới đây không? Có Không

 Chương Trình Trợ Cấp Bữa Trưa Tại Trường

 Nhà Ở Trợ Cấp Cho Người Có Thu Nhập Thấp

 Chương Trình Thuốc Theo Toa Do Tiểu Bang Tài Trợ

 WIC

 Tem Phiếu Thực Phẩm

 Nếu trả lời **CÓ** cho bất kỳ chương trình nào ở trên, vui lòng cung cấp tài liệu chứng minh điều kiện hội đủ

Chữ Ký

Tôi xác nhận thông tin cung cấp ở trên là trung thực, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi:

Chữ Ký của Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

HOẶC

Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____ Ngày: _____

Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____ Mối Quan Hệ với Người Nộp Đơn: _____

Số Điện Thoại của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____ Số Điện Thoại Di Động: _____

Tên Bệnh Nhân: _____ MRN: _____

Thành Viên Trong Hộ Gia Đình (tiếp theo)
Vui lòng cho biết họ tên và ngày sinh của tất cả các thành viên. Vui lòng ghi số An Sinh Xã Hội và mối quan hệ, nếu biết.

Tên Họ Tên – Tên, Tên Đệm, Họ	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Quan Hệ với Người Nộp Đơn	Nộp Đơn Đánh dấu nếu Có
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Mối quan hệ với Người Nộp Đơn phải là quan hệ của Thành Viên Trong Hộ Gia Đình với người nộp đơn, chứ không phải là Người Bảo Lãnh.
 Ví dụ như vợ, chồng, con gái, con trai, cha, mẹ, con trai kế, con gái kế, anh chị em họ, v.v...

Thu Nhập của Hộ Gia Đình (tiếp theo)
Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây đối với tất cả những loại thu nhập mà quý vị cho biết là quý vị có nhận:

Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Loại Cho Biết Tên của Chủ Lao Động nếu phù hợp.	Số Tiền	Thời Hạn Chọn một.	Ngày Bắt Đầu	Ngày Kết Thúc (Nếu phù hợp)
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		
			<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Mỗi hai tuần <input type="checkbox"/> Mỗi năm <input type="checkbox"/> Giờ số giờ/tuần _____		

Đối với tất cả thu nhập mà hộ gia đình nhận được, quý vị phải cung cấp tài liệu chứng minh trong vòng 30 ngày qua để hoàn tất đơn này. (nghĩa là các tài liệu như tờ khai thuế, phiếu lương, (các) thư chấp thuận trợ cấp, bản kê khai tự kinh doanh, bản kê khai cấp dưỡng nuôi con, v.v...)

Tài Sản/Nguồn Lực (tiếp theo)
Vui lòng cung cấp các thông tin sau đây đối với tất cả những loại thu nhập mà quý vị cho biết là quý vị có nhận:

Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Loại	Số Tài Khoản	Giá Trị

Đối với tất cả (các) tài sản/nguồn lực quý vị đã nêu, quý vị phải cung cấp giấy tờ chứng minh trong 30 ngày qua.

Các Thông Tin Khác (tiếp theo)
Vui lòng trả lời những câu hỏi sau đây.

Bệnh nhân có bảo hiểm sức khỏe nào khác không? Nếu quý vị nhận bảo hiểm sức khỏe, vui lòng thông báo cho phòng ban biết. Bảo Hiểm Sức Khỏe luôn là nguồn thanh toán chính trước khi được hỗ trợ tài chính. Có Không *Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau đây:*

Tên Công Ty Bảo Hiểm & Số ID: _____

Tên Người Được Bảo Hiểm: _____ Ngày Sinh: ____/____/____