

ĐƠN ĐĂNG KÝ CHỌN LỌC VÀO CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tên Bệnh nhân _____ Tình trạng Hôn nhân _____

Địa chỉ Đầy đủ _____ Điện thoại _____

Số An sinh Xã hội _____ - _____ - _____ (Các) Số Tài khoản _____

Ngày sử dụng Dịch vụ _____

- quý vị phải nộp đơn trong vòng 6 tháng kể từ ngày sử dụng dịch vụ hoặc ngày trên hóa đơn thanh toán đầu tiên cho chương trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện Diley Ridge Medical Center.

Quý vị có phải là cư dân Ohio tại thời điểm sử dụng dịch vụ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có phải là người đang nhận Hỗ trợ Mất sức vào ngày sử dụng dịch vụ này không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị hiện có phải là cư dân Ohio không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có hội đủ điều kiện nhận Medicaid, nhận Medicaid sau khi Khấu trừ Chi tiêu, Caresource, hay Molina vào ngày sử dụng dịch vụ này không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có đang cư trú tại Ohio chỉ với mục đích duy nhất là nhận chăm sóc sức khỏe hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có bất kỳ gói bảo hiểm nào khác vào ngày sử dụng dịch vụ này không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có hoặc sẽ có bất kỳ thực thể nào khác có trách nhiệm/phải trả khoản nợ này không? Nếu có , Tên _____ Số điện thoại Liên hệ _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	**Nếu quý vị đánh dấu CÓ với bất kỳ câu hỏi nào ở trên, vui lòng gửi bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị hoặc bằng chứng bảo hiểm khác để chúng tôi có thể gửi hóa đơn thích hợp liên quan đến các nội dung đó.	

Chỉ liệt kê vợ/chồng và con đẻ hoặc con nuôi dưới 18 tuổi sống cùng/không cùng nhà với quý vị.

Tên	Tuổi	Sống cùng nhà	Quan hệ
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

Nếu bệnh nhân ở tuổi vị thành niên, vui lòng cung cấp cả thu nhập của mẹ và cha thay cho của bệnh nhân và vợ/chồng

TỔNG THU NHẬP (Trước thuế)	BỆNH NHÂN/ME	VỢ/CHỒNG/CHA
TỔNG thu nhập 3 tháng trước ngày sử dụng dịch vụ.	\$	\$
TỔNG thu nhập 12 tháng trước ngày sử dụng dịch vụ.	\$	\$
TỔNG thu nhập dự kiến của quý vị vào cuối tháng này là bao nhiêu?	\$	\$
Liệt kê mọi khoản thu nhập hàng tháng khác và nguồn gốc thu nhập	\$	\$
Nếu thu nhập được báo cáo là "\$0", vui lòng cung cấp một báo cáo sơ bộ để giải thích các chi phí sinh hoạt bình thường của quý vị được cung cấp bằng cách nào.		

CHI PHÍ		
Thuê/thế chấp	\$	\$
Toa thuốc/hóa đơn y tế	\$	\$

TÀI SẢN		
Nơi cư trú chính hoặc tài sản tự có khác?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giá trị: \$
Tài khoản/số dư ngân hàng?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Giá trị: \$

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết của tôi và Diley Ridge Medical Center có thể tiến hành xác nhận. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu cung cấp tài liệu chứng minh thu nhập và/hoặc tài sản đi kèm với đơn đăng ký này. Vì các mục đích của chương trình hỗ trợ của bệnh viện, tôi ủy quyền cho Diley Ridge tiếp cận (các) báo cáo với văn phòng tín dụng của tôi để xác nhận thông tin này. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin được xác định là sai, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả cho các dịch vụ. Vui lòng đính kèm một bức thư giải thích bất kỳ trường hợp đặc biệt nào.

Chữ ký _____

Ngày _____