



Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính
Của Baylor Scott & White Health

Patient Account Number

Tên của Bệnh Nhân (Họ, Tên, Tên Đệm Viết Tắt)

Số An Sinh Xã Hội

Địa Chỉ Cư Trú Của Bệnh Nhân

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Zip

Quận

Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

Số Điện Thoại

Tình Trạng Hôn Nhân:

Đã Kết Hôn
 Ly Hôn

Độc Thân Góa Bụa
 Ly Hôn

Tên Vợ/Chồng

Có việc làm Có Không

Có việc làm Có Không

Chủ Lao Động Của Bệnh Nhân

Chủ Lao Động Của Vợ/Chồng

Số Điện Thoại

Số Điện Thoại

Cơ sở BSWH mà quý vị tiếp nhận dịch vụ có thuộc cơ sở mạng lưới gần nhất so với địa chỉ cư trú của quý vị không?

Có Không

Nếu không, có phải cơ sở gần nhất với quý vị không thể hay không sẵn lòng cung cấp dịch vụ chăm sóc cho quý vị đúng không?

Có Không

****Nếu đang thất nghiệp, vui lòng điền tên và số điện thoại của chủ lao động trước****

A. Thu Nhập: Vui lòng cung cấp thu nhập của từng cá nhân sau đây trong hộ gia đình quý vị.

Bệnh Nhân Họ Và Tên Lâm Thêm - Giờ/Tuần = _____
\$ _____ Giờ Tuần Mỗi Hai Tuần Tháng Năm
\$ _____ **Thu Nhập Bổ Sung**

Vui lòng chỉ điền phần này nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên (nếu không phải hãy bỏ trống)

Cha Của Bệnh Nhân Toàn Thời Gian Bán Thời Gian - Giờ/Tuần = _____

\$ _____ Giờ Tuần Mỗi Hai Tuần Tháng Năm

\$ _____ **Thu Nhập Bổ Sung**

Vợ/Chồng Bệnh Nhân Toàn Thời Gian Bán Thời Gian - Giờ/Tuần = _____
\$ _____ Giờ Tuần Mỗi Hai Tuần Tháng Năm
\$ _____ **Thu Nhập Bổ Sung**

Mẹ Của Bệnh Nhân Toàn Thời Gian Bán Thời Gian - Giờ/Tuần = _____

\$ _____ Giờ Tuần Mỗi Hai Tuần Tháng Năm

\$ _____ **Thu Nhập Bổ Sung**

Tổng Thu Nhập Của Hộ Gia Đình \$ _____

Tổng Thu Nhập Của Hộ Gia Đình \$ _____

B. Xác Minh Thu Nhập: Vui lòng cung cấp các minh (*chỉ gửi bản sao, không gửi tài liệu gốc*) cho tất cả các nguồn thu nhập của hộ gia đình (chấp nhận tài liệu liệt kê bên dưới). Đánh dấu các tài liệu đính kèm:

- Phiếu Lương Xác Minh của Chủ Lao Động Thăm Tra Tin Dụng (do BSWH hoàn thành)
- Biểu Mẫu IRS W-2 Tờ Khai Thuế Hồ Trọ của Chính Phủ (phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid, TANF)
- Sao Kê Tài Khoản Ngân Hàng Tài Liệu Khác (theo mô tả bên dưới) Thẻ An Sinh Xã Hội, Bảo Hiểm Lao Động hoặc Giấy Xác Nhận Trợ Cấp

Thất Nghiệp Nếu quý vị không thể cung cấp một trong các tài liệu xác minh thu nhập kể trên, vui lòng nêu rõ lý do:

C. Thành Viên Gia Đình: Vui lòng cung cấp tổng số người trong hộ gia đình của bệnh nhân.

(Con số này chỉ cần bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng và những người phụ thuộc của bệnh nhân)

D. Tài Sản và Các Nguồn Lực Khác:

Quý vị có sẵn bất cứ tài sản hoặc nguồn lực nào khác không? Có Không Nếu Có, số tiền hiện có: _____

(Ví dụ: tài khoản tiết kiệm, ủy thác, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí, quỹ góp vốn đầu tư, v.v...)

Quý vị có bảo hiểm y tế không? Có Không Nếu Có, vui lòng liệt kê tên của nhà cung cấp: _____

Quý vị có Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế hoặc Tài Khoản Chi Tiêu Linh Động không? Có Không Nếu Có, số tiền hiện có: _____

Tôi hiểu rằng Baylor Scott & White Health ("BSWH") có thể xác minh thông tin tài chính đã nêu trong Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính ("Đơn Đăng Ký") này kết hợp với đánh giá của BSWH về Đơn Đăng Ký và bằng việc ký tên bên dưới, tôi ủy quyền cho chủ lao động hoặc cá nhân được nêu trong Đơn Đăng Ký này xác nhận hoặc cung cấp chi tiết bổ sung liên quan tới thông tin được cung cấp trong Đơn Đăng Ký. Tôi cũng ủy quyền cho BSWH yêu cầu lấy báo cáo từ cơ quan báo cáo tin dụng và Sở An Sinh Xã Hội. Tôi xác nhận rằng các tuyên bố được đưa ra trong Đơn Đăng Ký là đúng sự thật và chính xác, theo hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi và được đưa ra một cách có thiện chí. Tôi nhận thức được rằng việc khai gian hoặc xuyên tạc thông tin trong Đơn Đăng Ký này có thể dẫn đến việc từ chối hỗ trợ tài chính.

Tôi cũng hiểu rằng một vài bác sĩ và nhà cung cấp có thể không phải là nhân viên của BSWH. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được hóa đơn riêng từ những nhà cung cấp ngoài hệ thống và đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính này sẽ không áp dụng cho những đơn dự đến hạn đó.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Bên Liên Quan

Họ Tên Viết Hoa

Ngày

For Hospital Use Only

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative

Date

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:

Patient is part of community care program

Program Name _____

First Statement Date: _____