

HMH CARRIER CLINIC, INC.

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH (FAP)

CHỈ DÀNH CHO PFS SỬ DỤNG

NGÀY NHẬN ĐƠN ĐĂNG KÝ

**Bằng chứng nhận dạng, cư trú, tờ khai thuế liên bang gần đây nhất, thu nhập và tài sản phải đi kèm với đơn đăng ký này.
Vui lòng gửi bản sao của mọi tài liệu được yêu cầu, không gửi bản gốc vì sẽ không được trả lại.
Để được giúp đỡ, hỗ trợ hoặc giải đáp thắc mắc xin vui lòng gọi Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân theo số 908-281-1522**

I. Thông Tin Cá Nhân

SỐ TÀI KHOẢN BỆNH VIỆN

Tên quý vị (họ, tên, tên đệm viết tắt)	Tình Trạng Hôn Nhân	Số An Sinh Xã Hội
(SỐ VÀ ĐƯỜNG PHỐ ĐỊA CHỈ)	SỞ HỮU _____	THUÊ BAO LÂU _____
(THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ ZIP)	(QUẬN)	
ĐIỆN THOẠI NHÀ _____	ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY _____	
Tên người điền đơn đăng ký	Quan hệ với bệnh nhân	Số điện thoại
Tên người bảo lãnh (nếu không phải là Bệnh Nhân)	Quan hệ với bệnh nhân	Số điện thoại

II. Thông Tin Bảo Hiểm

Tên Bảo Hiểm	Tên Người Đăng Ký	Quan hệ với bệnh nhân
Nếu không có bảo hiểm - Quý vị đã đăng ký bảo hiểm y tế qua Marketplace chưa? Quý vị có được miễn đăng ký bảo hiểm qua Marketplace không?	CÓ _____ KHÔNG _____ CÓ _____ KHÔNG _____	
Quý vị đã nộp đơn xin Hỗ Trợ Y Tế trong 6 tháng qua chưa? Nếu CÓ, vui lòng gửi kèm bản sao Thư Từ Chối hoặc Bằng Chứng Đủ Điều Kiện.	CÓ _____ KHÔNG _____ CÓ _____ KHÔNG _____	

Nếu **KHÔNG**, vui lòng liên lạc văn phòng Hội Đồng Dịch Vụ Xã Hội tại địa phương để được hướng dẫn cách đăng ký nhận phúc lợi.

III. Thông tin hộ gia đình (Liệt kê tất cả những người sống trong gia đình quý vị)

QUY MÔ HỘ GIA ĐÌNH _____

Tên thành viên hộ gia đình bao gồm bệnh nhân	Quan hệ với Bệnh Nhân	Nghề Nghiệp
	BỆNH NHÂN	

Tiếp tục Thành Viên Hộ Gia Đình	Quan hệ với Bệnh Nhân	Nghề Nghiệp

IV. Nguồn Thu Nhập/Tài Sản Hộ Gia Đình (bao gồm người thân theo huyết thống, kết hôn hoặc nhận con nuôi)

Thu Nhập Hộ Gia Đình:

(Vui lòng xác định là thu nhập hàng tháng (M) hay hàng năm (A))		BỆNH NHÂN	HỘ GIA ĐÌNH CÒN LẠI
Mức Lương/Tiền Lương Trước Khi Khấu Trừ	M A	\$	\$
Tự làm chủ (được xác minh bởi nguồn độc lập)	M A	\$	\$
Phúc Lợi An Sinh Xã Hội	M A	\$	\$
Cấp Dưỡng/Trợ Cấp Con Trẻ	M A	\$	\$
Hỗ Trợ Tiền Tệ khác	M A	\$	\$
Bồi Thưởng Thất Nghiệp & Người Lao Động	M A	\$	\$
Phúc Lợi Cho Cựu Chiến Binh	M A	\$	\$
Thanh Toán Lương Hưu	M A	\$	\$
Thanh toán Bảo Hiểm và Niên Kim	M A	\$	\$
Cổ Tức/Lợi Tức	M A	\$	\$
Thu Nhập Cho Thuê	M A	\$	\$

TỔNG CỘNG

Tài Sản Hộ Gia Đình:

TÀI SẢN KHÁC		BỆNH NHÂN	HỘ GIA ĐÌNH CÒN LẠI
Tiết kiệm		\$	\$
Vãng lai		\$	\$
Chứng Chi Tiền Gửi (CD)		\$	\$
Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ		\$	\$
Trái Phiếu Tiết Kiệm		\$	\$
Cổ Phần		\$	\$
Trái Phiếu		\$	\$
Tài khoản IRA		\$	\$
401(K)		\$	\$
403(b)s		\$	\$
Khác		\$	\$

TỔNG CỘNG

V. Chứng Nhận của Người Nộp Đơn

Tôi xác nhận rằng các thông tin trên liên quan đến quy mô gia đình, thu nhập và tài sản của tôi đều đúng và chính xác.

Tôi hiểu rằng việc cố ý trình bày sai thông tin được gửi đi sẽ khiến tôi phải chịu trách nhiệm cho mọi chi phí bệnh viện.

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho bệnh viện mọi thay đổi về tình trạng liên quan đến thu nhập hoặc tài sản của tôi.

Chữ ký Bệnh Nhân

NGÀY

Chữ ký Người Chuẩn Bị / Quan hệ với Bệnh Nhân)

Ngày

BIỂU MẪU #991 (THÁNG 1/2019)