

Tên:		Số tài khoản:
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Điện thoại:		Số An sinh Xã hội (4 chữ số cuối):

THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH: Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình, bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng và bất kỳ con ruột/con nuôi hợp pháp nào dưới 18 tuổi

Họ và tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Tuổi/Ngày sinh	Tổng thu nhập gộp trong 3 tháng Trước ngày cung cấp dịch vụ	Tổng thu nhập gộp trong 12 tháng Trước ngày dịch vụ
	Bản thân			

Nếu bạn không có thu nhập, bạn được hỗ trợ như thế nào?

Vào ngày khám chữa bệnh, bạn có bảo hiểm y tế không? ☐Không ☐Có (Vui lòng cung cấp bản sao thẻ bảo hiểm kèm theo đơn này)

Trong gia đình bạn có ai có tài khoản thanh toán và/hoặc tài khoản tiết kiệm không? ☐Không ☐Có (Giá trị _____)

Trong gia đình bạn có ai có tài sản nào khác không? ☐Không ☐Có (Loại/Giá trị: _____)

Đối với **Thu nhập/Tài sản** được liệt kê ở trên, bạn phải cung cấp những thông tin sau của mỗi thành viên trong hộ gia đình:

- ☐ Chứng minh việc làm = phiếu lương thể hiện tổng thu nhập trong 3 hoặc 12 tháng trước ngày khám chữa bệnh.
- ☐ Tự kinh doanh = Hoàn thành các mẫu khai thuế gần nhất, bao gồm cả Biểu mẫu C.
- ☐ An sinh xã hội/Lương hưu/Trợ cấp khuyết tật = Thư thông báo trợ cấp gần nhất
- ☐ Khác = Bằng chứng về bất kỳ nguồn thu nhập nào khác (trợ cấp thất nghiệp, cổ tức, tiền lãi, thu nhập từ cho thuê nhà, v.v.)
- ☐ Tài khoản thanh toán/tiết kiệm = Sao kê 30 ngày hiện tại cho mỗi tài khoản

Bằng việc ký vào văn bản này:

Tôi xác nhận tất cả các câu trả lời trong đơn này đều đúng sự thật. Nếu quá trình xem xét sau đó phát hiện bất kỳ thông tin nào được cung cấp là gian lận, thì quyết định hỗ trợ tài chính có thể bị hủy bỏ và bên chịu trách nhiệm sẽ phải thanh toán. Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp sẽ được xác minh và xem xét bởi các cơ quan liên bang và/hoặc tiểu bang và các bên khác theo yêu cầu.

Chữ ký của Bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Người đại diện được ủy quyền: _____ Ngày: _____