

**ĐƠN ĐĂNG KÝ XIN CHĂM SÓC TỪ THIÊN**

Thông Tin Bệnh Nhân			
Tên:		Số điện thoại:	
Ngày sinh:		Số an sinh xã hội (SSN):	
Địa chỉ:			
Thành phố:		Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Thông Tin về Người Nộp Đơn (Người Bảo Lãnh) <input type="checkbox"/> Nếu giống thông tin bệnh nhân, hãy đánh dấu vào ô này và chuyển sang câu hỏi 1			
Mối quan hệ với bệnh nhân:			
Tên:		Ngày sinh:	
Số an sinh xã hội (SSN):		Số điện thoại:	
Địa chỉ:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Thông Tin về Gia Đình			
Vui lòng liệt kê thông tin về: bản thân quý vị, vợ/chồng/bạn đời và những người phụ thuộc dưới 21 tuổi đang sống cùng nhà với quý vị bên dưới:			
Tên	Tuổi	Mối quan hệ với bệnh nhân	
Tổng số thành viên trong gia đình:			

\*Nếu có thêm người phụ thuộc, hãy thêm họ vào chỗ trống được cung cấp trên trang 4 của đơn này.

**XÁC MINH THU NHẬP**

Quý vị được trả lương như thế nào? Trả lời các câu hỏi sau đây về thu nhập của bệnh nhân và vợ/chồng nếu có. Quá trình xác minh thu nhập yêu cầu phải có giấy tờ chứng minh thu nhập. *Các tài liệu chứng minh thu nhập được chấp nhận bao gồm:* Tờ khai thuế gần đây nhất, 2 cuống séc gần đây nhất, thư của chủ lao động nêu rõ mức lương đã kiểm được, tuyên bố khai man hoặc bằng chứng về tình trạng thất nghiệp.

Loại thu nhập	Số lượng	Tần suất (Khoanh tròn một lựa chọn)
Việc làm: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Việc làm: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thu nhập bằng tiền mặt: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thu nhập bằng tiền mặt: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thất nghiệp: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thất nghiệp: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Khuyết tật: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Khuyết tật: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
An sinh xã hội: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
An sinh xã hội: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Bồi thường cho người lao động: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Bồi thường cho người lao động: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Hỗ trợ nuôi con: Bệnh nhân/Người bảo lãnh		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Hỗ trợ nuôi con: Vợ/chồng		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thu nhập khác:		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thu nhập khác:		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
Thu nhập khác:		Hàng tuần/ Hai tuần một lần/ Hàng tháng/ Khác
<b>Tổng thu nhập hàng tháng:</b>		

**Tuyên Bố Xác Nhận của Bệnh Nhân**

Tôi xác nhận rằng thông tin tôi cung cấp là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi và trong trường hợp thu nhập hoặc bảo hiểm thay đổi, tôi sẽ liên hệ/thông báo cho cơ sở. Tôi hiểu rằng khi nộp đơn đăng ký này, đơn sẽ được sàng lọc để xem xét có đủ điều kiện tham gia chương trình chăm sóc từ thiện miễn phí hay không. Tôi hiểu rằng nếu được xác định là đủ điều kiện tham gia chương trình chăm sóc từ thiện miễn phí, tôi sẽ không phải chịu trách nhiệm tài chính cho bất kỳ phần nào trong quá trình chăm sóc của mình.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Bệnh nhân/Người bảo lãnh

\_\_\_\_\_  
Ngày

**CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC TỪ THIÊN**

**PHỤ LỤC B**

**Tự Khai Báo Thu Nhập (Phải hoàn thành nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập)**

Vui lòng điền đầy đủ thông tin bên dưới ***chỉ khi quý vị không có cách nào khác để chứng minh*** thu nhập của mình. Phải đánh dấu vào tất cả các ô và trả lời tất cả các câu hỏi. Đơn đăng ký xin nhận dịch vụ chăm sóc giảm giá của quý vị sẽ bị từ chối nếu không điền đầy đủ thông tin này.

- Tôi được trả lương bằng tiền mặt
- Tôi không nhận được séc trả lương/phiếu trả lương.
- Tôi không thể cung cấp thư từ chủ lao động của tôi.  
Giải thích lý do: \_\_\_\_\_
- Tôi không có quyền truy cập vào thông tin tài chính của mình.  
Giải thích lý do: \_\_\_\_\_

**Tuyên Bố Chứng Nhận của Bệnh Nhân**

Tôi chứng nhận rằng tôi không có cách nào khác để chứng minh thu nhập của mình và tất cả thông tin trên đều chính xác. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ tham gia chương trình Chăm Sóc Từ Thiên miễn phí tại Bệnh viện St. Rose Hospital. Tôi hiểu rằng nhân viên St. Rose Hospital có thể xác minh thông tin trên biểu mẫu này.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của bệnh nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

**Xác Nhận Chứng Nhận của Nhân Viên**

Tôi chứng nhận rằng tôi đã yêu cầu người nộp đơn cung cấp bằng chứng về mọi nguồn thu nhập mà hộ gia đình nhận được trước khi sử dụng biểu mẫu này. Tôi đã nỗ lực đảm bảo có được tất cả các giấy tờ chứng minh nguồn thu nhập khả thi khác. Thông tin được báo cáo trên biểu mẫu này chỉ do người nộp đơn cung cấp và phản ánh chính xác thu nhập hộ gia đình mà người nộp đơn đã báo cáo cho tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của nhân viên

\_\_\_\_\_  
Ngày

**Thông Tin Bổ Sung về Người Phụ Thuộc**

Vui lòng sử dụng chỗ trống bên dưới để ghi lại thông tin về những người phụ thuộc chưa được ghi vào chỗ trống ở trang 2.

<b>Tên</b>	<b>Tuổi</b>	<b>Mối quan hệ với bệnh nhân</b>