



ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Bệnh viện Bucyrus • Bệnh viện Galion • Avita Ontario • Bác sĩ Avita

Tên người đăng ký _____
Họ Tên Chữ cái đầu của tên đệm

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Bang _____ Mã ZIP _____ SĐT _____

*Ngày
hưởng dịch vụ _____

Mã số
tài khoản _____

1. Bệnh nhân có phải là công dân Hoa Kỳ không? ☐ Có ☐ Không
2. Bệnh nhân có phải là cư dân Ohio ở thời điểm hưởng dịch vụ không? ☐ Có ☐ Không
3. Bảo hiểm Medicaid của bệnh nhân có hiệu lực ở thời điểm hưởng dịch vụ không?
Nếu có, vui lòng ghi mã số ID của người hưởng bảo hiểm Medicaid: _____ ☐ Có ☐ Không
4. Bệnh nhân có bảo hiểm y tế (ngoài Medicaid) ở thời điểm hưởng dịch vụ không?
Nếu có, vui lòng cung cấp tên bảo hiểm: _____ ☐ Có ☐ Không

Cung cấp tất cả các thông tin cần thiết của người đăng ký và toàn bộ thành viên trong nhà của người đăng ký.

Họ tên	Ngày sinh	Quan hệ với người đăng ký	Tổng thu nhập		
			Nguồn thu nhập (ví dụ: từ việc làm, tiền phụ cấp an sinh, trợ cấp nuôi con, tiền cấp dưỡng)	3 tháng trước ngày hưởng dịch vụ đầu tiên	12 tháng trước ngày hưởng dịch vụ đầu tiên

Nếu quý vị báo cáo thu nhập bằng \$0 hoặc rất thấp, vui lòng giải thích ngắn gọn bên dưới về cách quý vị đáp ứng các nhu cầu sống cơ bản, bao gồm người cung cấp chỗ ở, thực phẩm, phương tiện đi lại, dịch vụ tiện ích, quần áo và quý vị đã được cá nhân và/hoặc cơ quan này hỗ trợ trong bao lâu.

THU NHẬP từ (tất cả thành viên trong nhà)

Đánh dấu tất cả các phương án phù hợp **

- ☐ Bản sao phiếu lương hiện tại & mẫu W2 năm trước
- ☐ Bảo hiểm xã hội/lương hưu/giấy xác nhận người khuyết tật
- ☐ Trợ cấp thất nghiệp
- ☐ Thu nhập tự doanh
- ☐ Trợ cấp nuôi con hoặc tiền cấp dưỡng
- ☐ Khác: _____

TÀI SẢN LƯU ĐỘNG

(tất cả thành viên trong nhà)

Đánh dấu tất cả các phương án phù hợp **

- ☐ Tiền mặt
- ☐ Sao kê tài khoản thanh toán/tiết kiệm
- ☐ Khác: _____

****Nếu chọn, bạn bắt buộc phải tải lên/cung cấp tài liệu bổ sung**

Gửi đơn này cùng tài liệu bổ sung đến:

Avita Health System
Gửi đến bộ phận: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
Fax: 419-462-4582

Để được hỗ trợ, vui lòng gọi: 419-468-0512

Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin liên quan, tôi có thể bị truy tố về tội lừa đảo. Khi ký vào đơn này, tôi cho phép công khai bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định tôi đủ điều kiện, không loại trừ xác minh địa chỉ, kiểm tra tín dụng thông qua văn phòng tín dụng quốc gia, kiểm tra tài sản thông qua thẩm định viên thuế của quận và xác minh tất cả các phúc lợi đã liệt kê.

Chữ ký _____ Ngày _____