

Tên Bệnh Nhân (Họ, Tên, Tên đệm)		Số An Sinh Xã Hội	
Địa Chỉ của Bệnh Nhân	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)		Số Điện Thoại	
Thuê Làm Việc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Được Thuê Làm Việc <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Chủ Lao Động của Bệnh Nhân		Chủ Lao Động của Vợ/Chồng	
Số Điện Thoại		Số Điện Thoại	

Tài khoản Baylor Scott & White Health khác cho hộ gia đình của quý vị có số dư chưa thanh toán (Vui lòng nêu TÊN, NGÀY SINH và TÊN CÓ SỐ của bệnh nhân)

Nếu chưa được thuê làm việc, 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 <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm Thu Nhập Bỏ Sung \$ _____ Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm Thu Nhập Bỏ Sung \$ _____ Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình \$ _____	Vui lòng chỉ điền phần này nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên (nếu không phải hãy bỏ trống) Cha của Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm Thu Nhập Bỏ Sung \$ _____ Mẹ của Bệnh Nhân <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian - Giờ/Tuần = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> Giờ <input type="checkbox"/> Tuần <input type="checkbox"/> Nửa tháng <input type="checkbox"/> Tháng <input type="checkbox"/> Năm Thu Nhập Bỏ Sung \$ _____ Tổng Thu Nhập của Hộ Gia Đình \$ _____

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Giấy Báo Chuyển Phiếu Lương | <input type="checkbox"/> Xác Minh của Chủ Lao Động | <input type="checkbox"/> Thăm Tra Tín Dụng (do BSWH hoàn thành) |
| <input type="checkbox"/> Biểu Mẫu IRS W-2 | <input type="checkbox"/> Tờ Khai Thuế | <input type="checkbox"/> Hỗ Trợ của Chính Phủ (phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid, TANF) |
| <input type="checkbox"/> Bản Sao Kế Ngân Hàng | <input type="checkbox"/> Khác (mô tả dưới đây) | <input type="checkbox"/> Thư Xác Nhận An Sinh Xã Hội, Bồi Thường cho Người Lao Động hoặc Trợ Cấp Thất Nghiệp |

Nếu quý vị không thể cung cấp một trong số các nguồn tài liệu về thu nhập liệt kê ở trên, xin hãy giải thích lý do tại sao thông tin này không được cung cấp:

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?
(Ví dụ: tài khoản tiết kiệm, ủy thác, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí, quỹ góp vốn đầu tư, v.v.) | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu Có, số tiền hiện có: \$ _____ |
| Quý vị có bảo hiểm y tế không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu Có, vui lòng liệt kê tên nhà cung cấp: _____ |
| Quý vị có Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế hoặc Tài Khoản Chi Tiêu Linh Động không? | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 tín dụng và Số 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 dự nợ đến hạn đó.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm	Tên Viết In 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 _____