PFFIN

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____ Ngày: _____

Địa chỉ thường trú: _____ Thành phố: _____ Mã ZIP: _____

Tiểu bang: _____ Số điện thoại nhà: _____ Số điện thoại cơ quan: _____

Địa chỉ gửi thư nếu khác địa chỉ trên:

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

Tên công ty: _____ Số điện thoại công ty: _____

Địa chỉ công ty: _____

1	Quý vị có đăng ký hỗ trợ tài chính hoặc hoàn thành biểu mẫu này trong 90 ngày qua không?	☐ Có	☐ Không
2	Hiện tại quý vị có loại bảo hiểm y tế nào không?	☐ Có	☐ Không
3	Có phải quý vị đến thăm khám do tai nạn lao động không?	☐ Có	☐ Không
4	Có phải quý vị đến thăm khám do tai nạn giao thông không?	☐ Có	☐ Không

Nếu quý vị trả lời CÓ cho BẤT KỲ câu hỏi nào ở trên, hãy DỪNG LẠI. Hãy liên hệ với Văn phòng kinh doanh của cơ sở Baptist nơi quý vị nhận dịch vụ để trao đổi về tài khoản của quý vị.

Trong bảng sau, vui lòng cung cấp thông tin về bệnh nhân và tất cả các thành viên gia đình sống cùng nhà với bệnh nhân. Thành viên trong gia đình là những người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi. Ghi rõ mối quan hệ và tuổi của tất cả các thành viên trong gia đình. Sau đó, liệt kê số tiền và nguồn thu nhập của mỗi người. Thu nhập bao gồm tổng lương (trước thuế), thu nhập từ việc cho thuê, trợ cấp thất nghiệp, an sinh xã hội, lương hưu, trợ cấp khuyết tật, trợ cấp công cộng, v.v. Các giấy tờ chứng minh khoản thu nhập phải được nộp cùng với đơn đăng ký đã ký này.

Thành viên gia đình (Tên)	Quan hệ với bệnh nhân	Tuổi	Nguồn Thu Nhập Hoặc Tên Công Ty	Phiếu lương ba tháng qua	Tờ khai thuế thu nhập trong 12 tháng
Tổng Số Thành Viên Gia Đình			Tổng Thu Nhập		

Đơn đăng ký của quý vị sẽ không được xử lý trừ phi quý vị cung cấp <u>một trong các</u> giấy tờ sau đây để chứng minh <u>từng nguồn</u> thu nhập được liệt kê ở trên.

Phiếu lương trong ba tháng gần nhất **Biểu mẫu W2 của năm trước** **Giấy tờ pháp lý/Trợ cấp nuôi con** **Sao kê ngân hàng**
Tờ khai thuế thu nhập của năm trước **Giấy tờ hỗ trợ của Liên Bang & Tiểu Bang** **Bản sao kê lương hưu/trợ cấp hưu trí** **(chỉ dành cho trợ cấp SSA/Hưu Trí)**

Vui lòng gửi lại đơn này và thông tin được yêu cầu cho Văn Phòng Kinh Doanh của cơ sở Baptist nơi quý vị nhận dịch vụ. Tôi xác nhận thông tin được cung cấp là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

_____ _____

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người được ủy quyền để ký cho Bệnh nhân **Mối quan hệ với Bệnh nhân**

_____ **Nơi cung cấp dịch vụ** _____ **Bệnh viện hoặc** _____ **Bác sĩ**

Ngày

CHỈ DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP

Số tài khoản _____ Ngày nhận dịch vụ _____

Nhà Cung Cấp BMHCC _____

▼ Patient Label ▼

BAPTIST

Baptist Central Business Office
P.O. Box 745336, Atlanta GA 30384-5336
Fax # 901-226-0772
Email Address: fap@bmhcc.org