

#111 tài liệu đính kèm Phụ lục C - Đơn đăng ký



**ĐƠN ĐĂNG KÝ  
HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

Hồ sơ Y tế \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_

Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Bên tuyển dụng \_\_\_\_\_

Đường \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Mã Bưu chính \_\_\_\_\_

**Vui lòng liệt kê tổng thu nhập của hộ gia đình.**

	12 Tháng Qua	3 Tháng Qua
Tổng Thu nhập		
Thu nhập Khác của Gia đình		
<b>Tổng Thu nhập Gia đình</b>		
Tài sản-Tiết kiệm/ IRA/ CD		
Bất động sản/ Thị trường Tiền tệ/ Vốn cổ phần		

**Người phụ thuộc: (Tổng số người đang sống trong hộ gia đình)**

	Tên	Tuổi	Mối quan hệ
1			
2			
3			
4			
5			

Tôi xin xác nhận rằng thông tin nêu trên là đầy đủ và chính xác theo hiểu biết của tôi. Ngoài ra, tôi sẽ hợp tác với St. Luke, nếu cần, để đăng ký bất kỳ hỗ trợ nào (Medicaid, Medicare, Bảo hiểm, v.v.) có thể áp dụng cho việc chi trả viện phí của tôi.

Tôi hiểu rằng Đơn đăng ký này được lập để bệnh viện có thể xác định mức hội đủ điều kiện của tôi cho dịch vụ không được đền bù theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính, căn cứ vào các tiêu chí đã xác định trên hồ sơ trong bệnh viện. Nếu bất kỳ thông tin nào mà tôi đã cung cấp được chứng minh là không đầy đủ, tôi hiểu rằng bệnh viện có thể đánh giá lại tình hình tài chính của tôi và thực hiện bất kỳ hành động thích hợp nào.

Tôi xin cho phép ngân hàng, tổ chức cho vay, công ty bảo hiểm, bên tuyển dụng của tôi hoặc bất kỳ chủ nợ nào khác của người ký tên dưới đây cung cấp bất kỳ thông tin nào mà Bệnh viện St Luke yêu cầu về bất kỳ và mọi vấn đề tài chính gắn với hoặc liên quan tới người ký tên dưới đây.

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người đăng ký

**Tôi hiểu rằng mọi phí bác sĩ liên quan tới các dịch vụ của tôi tại Bệnh viện St. Luke đều không được bao trả bởi chương trình này.**