

**BIỂU MẪU KHAI KHỐ KHẨN TÀI CHÍNH**  
(Dựa trên TỔNG thu nhập hộ gia đình hàng năm và người phụ thuộc)

Tên Bệnh nhân:	Họ _____	Tên _____	Ngày sinh: _____
Vợ/chồng/Bạn tình:	Họ _____	Tên _____	
Địa chỉ Bệnh nhân:	Địa chỉ Gửi thư/Đường phố _____		
	Thành phố _____	Tiểu bang _____	Mã Zip _____
TỔNG Thu nhập Hộ gia đình Hàng năm	\$ <input type="text"/>	Số thành viên trong gia đình (bệnh nhân, vợ/chồng/bạn tình của bệnh nhân, và người phụ thuộc)	Người lớn: <input type="text"/> Trẻ vị thành niên: <input type="text"/>

Chương trình Bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Khoản khấu trừ/Khoản đồng thanh toán/Khoản đồng bảo hiểm của Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Liệu pháp có phải do WC, MVA hoặc yêu cầu bồi thường không?  Có  Không

Nếu có, bạn có luật sư không?  Có  Không

Tên luật sư: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**PHẢI CUNG CẤP GIẤY TỜ THU NHẬP VỚI ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐỂ XÁC ĐỊNH. GIẤY TỜ THU NHẬP BẮT BUỘC LÀ TỜ KHAI THUẾ THU NHẬP LIÊN BANG GẦN NHẤT VÀ BẢNG CHỨNG THU NHẬP CHO TẤT CẢ THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH BAO GỒM, NHƯNG KHÔNG GIỚI HẠN Ở: 3 CUÔNG PHIẾU LƯƠNG GẦN NHẤT, BẢN KHAI AN SINH XÃ HỘI, KHOẢN THANH TOÁN CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT HOẶC HƯU TRÍ, V.V. NẾU KHÔNG BẮT BUỘC NỘP TỜ KHAI THUẾ LIÊN BANG, BỆNH NHÂN MEDICARE CÓ THỂ NỘP BẢN SAO CỦA BẢN KHAI AN SINH XÃ HỘI CHO NĂM HIỆN THỜI THỂ HIỆN TỔNG SỐ TIỀN NHẬN ĐƯỢC HÀNG THÁNG. CÓ THỂ YÊU CẦU THÊM THÔNG TIN ĐỂ HỖ TRỢ XÁC ĐỊNH.**

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng thông tin ở trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai lệch hoặc không chính xác, tôi sẽ bị loại khỏi việc đăng ký hoặc tham gia chương trình Khó khăn Tài chính trong thời gian ít nhất một năm, theo quyết định của Select Medical. Tôi cũng hiểu rằng số tiền miễn trừ có thể thay đổi nếu có thêm thông tin được xác định là ảnh hưởng đến Khó khăn Tài chính.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ	Tên Viết bằng chữ in	Ngày
Chữ ký Nhân chứng	Tên Viết bằng chữ in	Ngày
Số tiền miễn trừ dựa trên khó khăn tài chính (do CBO điền)	_____ %	
Chữ ký Phê duyệt của Giám sát viên Dịch vụ Khách hàng CBO	Tên Viết bằng chữ in	Ngày

Chữ ký Phê duyệt của Giám đốc Dịch vụ Khách hàng  
CBO

Tên Viết bằng chữ in

Ngày

---

Trung tâm

---

Số Tài khoản Bệnh nhân

---

Cơ sở dữ liệu