

AtlantiCare

REGIONAL MEDICAL CENTER

ĐƠN XIN TAI CHANH

PHẢI KÈM CHỨNG MINH LỢI TỨC VÀO ĐƠN XIN NÀY. (2 phiếu lương)

GỬI BẢN SAO CỦA TẤT CẢ CÁC GIẤY TỜ YÊU CẦU KHÔNG GỬI GIẤY TỜ BẢN GỐC VÌ CHÚNG TÔI SẼ KHÔNG GỬI TRẢ LẠI.

PHẦN I - Thông tin cá nhân

1. HỌ TÊN BỆNH NHÂN:		2. SỐ AN SINH XÃ HỘI (Nếu có)	
(Họ)	(Tên)	MI	
3. NGÀY GHI TRÊN ĐƠN:	4. SỐ TRƯỞNG MỤC HAY NGÀY ĐƯỢC DỊCH VỤ NẾU TRÊN ĐƠN XIN NÀY:		
5. ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ:		6. SỐ ĐIỆN THOẠI:	
7. THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, BUƯ CHÁNH:		8. *SỐ NGƯỜI TRONG NHÀ:	

*Số người trong nhà bao gồm bản thân, người hôn phối, và bất cứ con vị thành niên nào. Phụ nữ mang thai được tính là hai thân quyến.

9. TÌNH TRẠNG CÔNG DÂN HOA KỲ? CÓ hay KHÔNG 10. TÊN CỦA NGƯỜI BẢO ĐẢM (nếu khác với bệnh nhân):

PHẦN II – Tiêu Chuẩn Lợi Tức

11. TIỀN LƯƠNG/TIỀN CÔNG TRƯỚC KHI KHẤU TRỪ \$ _____

Bao gồm bản sao của hai phiếu lương để xác nhận tiền lương/tiền công.

CHỮ KÝ BỆNH NHÂN HAY NGƯỜI BẢO ĐẢM:

NGÀY:

GỬI ĐƠN XIN VÀ CÁC BẢN SAO PHIẾU LƯƠNG DỊCH VỤ KHÁCH HÀNG, VĂN PHÒNG KINH DOANH CHO:

ATLANTICARE
65 JIMMIE LEEDS RD.
POMONA, NJ 08240

Chỉ dành cho văn phòng sử dụng:	NGÀY NHẬN:	NGÀY DUYỆT XÉT:
---------------------------------	------------	-----------------

LỢI TỨC HÀNG NĂM \$		MỨC NGHÈO KHÓ LIÊN BANG: %	
CHẤP THUẬN (khoanh tròn): CÓ KHÔNG (Đánh dấu tất cả các lý do thích hợp).		LÝ DO TỪ CHỐI: _____ Số tiền nợ của bệnh nhân ít hơn số tiền tính toán chi phí được giảm giá _____ Bệnh nhân có nhiều lợi tức KHÁC: _____	
CÁC CHƯƠNG TRÌNH GIỚI THIỆU ĐỂ CỨU XÉT THÊM (khoanh tròn tất cả nếu thích hợp): Chăm Sóc Từ Thiện Medicaid Khác (xin giải thích): _____			
Người chấp thuận: Họ tên bằng chữ in:		Chữ ký:	Ngày chấp thuận:
Thông báo cho đương đơn vào (ngày):		Nhân viên thông báo cho đương đơn:	
TRƯỞNG MỤC ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH (Dùng mặt sau của mẫu cho các trương mục khác và ghi rõ lật đơn lên):			
SỐ TRƯỞNG MỤC: SỐ TIỀN:	SỐ TRƯỞNG MỤC: SỐ TIỀN:	SỐ TRƯỞNG MỤC: SỐ TIỀN:	