

PHẦN 1: THÔNG TIN BỆNH NHÂN (BẮT BUỘC)

Điền đầy đủ thông tin bệnh nhân được liệt kê dưới đây.

Ngày nhập viện _____

Tên bệnh nhân _____ Ngày sinh _____

Địa Chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã zip _____ Số điện thoại (_____) _____

Quý vị có nộp đơn xin trợ cấp Medicaid trong vòng 90 ngày qua không? Có Không

Quý vị có phải là cư dân Ohio vào thời điểm quý vị nhập viện không? Có Không

Quý vị có phải là người đang nhận Medicaid vào thời điểm quý vị sử dụng dịch vụ không? Có Không

Quý vị có phải là người đang nhận Hỗ trợ Người khuyết tật vào thời điểm sử dụng dịch vụ không? Có Không

Không Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn Ly hôn Góa Độc thân Sống chung

PHẦN 2: QUY MÔ GIA ĐÌNH (BẮT BUỘC)

Liệt kê số người trong gia đình và bao gồm tên, ngày sinh, tuổi và mối quan hệ của tất cả các thành viên trong gia đình.

Quy mô hộ gia đình _____ (bao gồm chính quý vị, vợ/chồng/bạn đời sống chung của quý vị, tất cả những người phụ thuộc và các thành viên khác trong gia đình)

Tên vợ/chồng/bạn đời sống chung _____ Ngày sinh _____

Cung cấp thông tin sau đây về tất cả các thành viên trong gia đình và mối quan hệ của họ khi HCAP và Tổ chức từ thiện Kettering Health tính toán quy mô gia đình theo những cách khác nhau. (Chỉ những người thân đã kết hôn, ruột thịt hoặc nhận nuôi mới đủ điều kiện tham gia hộ gia đình HCAP.)

Tên _____ Ngày sinh _____ Tuổi _____ Mối quan hệ _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Tuổi _____ Mối quan hệ _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Tuổi _____ Mối quan hệ _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Tuổi _____ Mối quan hệ _____

Tên _____ Ngày sinh _____ Tuổi _____ Mối quan hệ _____

PHẦN 3: THU NHẬP GIA ĐÌNH (BẮT BUỘC)

Cho biết tổng thu nhập hàng tháng của bản thân, vợ/chồng/bạn đời chung sống của quý vị và tất cả các thành viên khác trong gia đình trong vòng 3 tháng và/hoặc 12 tháng trước ngày nhập viện. Giấy tờ chứng minh thu nhập được chấp nhận: cuống séc, tờ khai thuế/1099/W2, báo cáo an sinh xã hội/lương hưu/VA, tài liệu tòa án và các tài liệu khác để chứng minh thu nhập như được báo cáo dưới đây.

Thu nhập hộ gia đình	Bệnh nhân	Vợ/chồng/bạn đời chung sống	Người phụ thuộc 18-20 tuổi	Cha mẹ hoặc Người chăm sóc
Thu nhập từ việc làm				
Tổng thu nhập từ an sinh xã hội				
Lương hưu/hưu trí				
Phúc lợi VA				
Thu nhập từ khuyết tật tạm thời (TDI)				
Trợ cấp thất nghiệp				
Tiền cấp dưỡng				
Tiền hỗ trợ nuôi con				
Khác (xin mô tả)				
Tổng thu nhập hàng tháng	\$	\$	\$	\$

1. Có bất kỳ thay đổi nào về thu nhập hàng tháng của quý vị trong vòng 12 tháng trước đó không? Có Không
2. Tổng thu nhập của cả gia đình trong 3 tháng trước \$ _____
3. Tổng thu nhập của cả gia đình trong 12 tháng trước \$ _____
4. Nếu báo cáo thu nhập \$0, hãy giải thích ngắn gọn về cách quý vị đáp ứng các nghĩa vụ hàng tháng.

Tôi ủy quyền cho Kettering Health gửi và/hoặc trao đổi tài liệu thông tin cá nhân cho các công ty sản xuất dược phẩm với mục đích giúp tôi nhận được hỗ trợ tài chính cho chi phí thuốc và bằng chữ ký của tôi bên dưới, tôi cam đoan rằng mọi điều tôi nêu trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tôi hiểu rằng thông tin tôi gửi sẽ được Kettering Health xác minh. Tôi hiểu rằng nếu bất kỳ thông tin nào tôi cung cấp được chứng minh là không đúng sự thật, Kettering Health sẽ đánh giá lại tình trạng đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi và thực hiện hành động thích hợp. Tôi hiểu rằng Kettering Health có thể yêu cầu thêm bằng chứng về thu nhập và việc không gửi tài liệu được yêu cầu sẽ dẫn đến việc đơn đăng ký của tôi bị từ chối.

Chữ ký của đường đơn/người giám hộ hợp pháp _____ Ngày _____
 Nếu người ký tên không phải là bệnh nhân, hãy ghi rõ tên đầy đủ và lý do mà bệnh nhân đó không thể ký tên.

Chuyển đơn đăng ký và các tài liệu liên quan tới: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, Email: FinancialCounselors@ketteringhealth.org hoặc fax (937) 522-9944.** Nếu có thêm câu hỏi, hãy gọi: (937) 914-7680