



Carolinas Hệ Thống Chăm Sóc Sức Khỏe

Đơn Trợ giúp Bảo hiểm & trợ giúp tài chính

Số trương mục	
Ngày dịch vụ	

Mục đích của đơn này là để cung cấp cho Ban Tư vấn tài chính với các thông tin cần thiết để xác định việc hội đủ điều kiện của bệnh nhân để hỗ trợ tài chính với hóa đơn bệnh viện CHS của họ. Để đảm bảo đánh giá đầy đủ và toàn diện, xin vui lòng điền toàn bộ vào mẫu đơn này.

Thông Tin Cá Nhân Của Bệnh Nhân

Nguyên Tên Của Bệnh Nhân		Ngày Sinh	Số An Ninh Xã Hội	Tình Trạng Hôn Nhân
Địa Chỉ Hiện Tại		Thành Phố, Tiểu Bang và Số Bưu Chính	Tháng/Năm tại địa chỉ này	Quận
Nếu địa chỉ nơi bạn sinh sống khác với địa chỉ gửi thư của bạn, xin vui lòng hoàn tất 'địa chỉ gửi thư' thông tin dưới đây				
Địa chỉ gửi thư		Thành Phố, Tiểu Bang và Số Bưu Chính	Tháng/Năm tại địa chỉ này	Quận
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Tên Liên Lạc Trong Trường Hợp Cấp Cứu		Số Điện Thoại
Thành Phố và Tiểu Bang Nơi Sinh		Tình trạng Công Dân	Đã sống ở Hoa Kỳ kể từ	Các Bản Sao Tài Liệu Của Bạn? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Thông Tin Bảo Hiểm Sức Khỏe

Nhà Cung Ứng Dịch Vụ - Bảo Hiểm Chính	Tên Chủ Hợp Đồng	Số Hợp Đồng	Số Nhóm	Ngày Hiệu Lực
Nhà Cung Ứng Dịch Vụ - Bảo Hiểm Phụ	Tên Chủ Hợp Đồng	Số Hợp Đồng	Số Nhóm	Ngày Hiệu Lực

Vui lòng liệt kê các thành viên trong gia đình dưới đây

Tên	Ngày Sinh	Nơi Sinh	Số An Ninh Xã Hội	Liên hệ với Bệnh nhân	Giới tính	Chủng tộc
1						
2						
3						

Vui lòng liệt kê các thành viên trong gia đình dưới đây (nối tiếp từ trang 1)

Tên	Ngày Sinh	Nơi Sinh	Số An Ninh Xã Hội	Liên hệ với Bệnh nhân	Giới tính	Chủng tộc
4						
5						
6						
7						

Nếu có nhiều hơn 7 thành viên của gia đình, vui lòng liệt kê trong mục 'ghi chú' trên trang 6 của mẫu đơn này

Giáo dục, Việc làm và Bối cảnh Quân đội		Bệnh nhân (mẹ nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)		Người phối ngẫu (cha nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)	
Giáo dục	Lớp Cao Nhất Hoàn tất ở Trường				
	Kỹ Năng Kỹ Thuật				
Việc làm Hiện tại	Hiện đang Thất nghiệp (đánh dấu vào ô nếu có)	<input type="checkbox"/> Điền vào mục 'công việc trước đây'		<input type="checkbox"/> Điền vào mục 'công việc trước đây'	
	Tên Công ty và Địa chỉ				
	Chức vụ / Loại Công việc thực hiện				
	Số điện thoại nơi làm việc				
	Tên Chủ / Giám thị				
	Ngày Làm việc				
	Cơ cấu Thu nhập và Tiền lương	___giờ/tuần	\$ ___/giờ	___giờ/tuần	\$ ___/giờ
	___ngày/tuần	\$ ___/ngày	___ngày/tuần	\$ ___/ngày	
	Tiền Hoa hồng	\$ ___/tháng	Tiền Hoa hồng	\$ ___/tháng	
	Hàng Năm	\$ _____	Hàng Năm	\$ _____	
Công Việc Trước đây	Tên Công ty và Địa chỉ				
	Chức vụ / Loại Công việc thực hiện				
	Ngày Làm việc				
	Cơ cấu Thu nhập và tiền lương	___giờ/tuần	\$ ___/giờ	___giờ/tuần	\$ ___/giờ
	___ngày/tuần	\$ ___/ngày	___ngày/tuần	\$ ___/ngày	
	Tiền Hoa hồng	\$ ___/tháng	Tiền Hoa hồng	\$ ___/tháng	
	Hàng Năm	\$ _____	Hàng Năm	\$ _____	

COBRA	Có một thành viên nào của gia đình mất việc làm trong vòng 60 ngày qua?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
	Ông/ bà đã nhận thông báo bầu cử COBRA chưa?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
	Ông/bà đã chọn bảo hiểm COBRA chưa?			<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
	Nếu Ông/bà chưa chọn bảo hiểm COBRA vui lòng đánh một dấu: <input type="checkbox"/> phí bảo hiểm quá đắt <input type="checkbox"/> bảo hiểm mới				
Nghĩa vụ quân sự	Nghành	Ngày Nhập Ngũ	Cấp bậc	Số quân	

Thông tin Bảo hiểm					
Bảo hiểm Nhân thọ	Công ty	Người chủ hợp đồng	Mệnh giá	Loại Hợp đồng	Trị giá bằng tiền
Bảo Hiểm Mai táng/Hợp đồng	Công ty	Người chủ hợp đồng	Mệnh giá	Trị giá bằng tiền	Có thể hủy bỏ?

Thu nhập (quá trình 3 tháng)	Bệnh nhân (mẹ nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)			Người phối ngẫu (cha nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên)		
	Tháng trước	2 Tháng trước	3 Tháng trước	Tháng trước	2 Tháng trước	3 Tháng trước
Tiền Lương						
Lương Hưu/Hưu Trí						
Hưu Trí An Sinh Xã Hội						
Khuyết Tật An Sinh Xã Hội						
Phụ Cấp Thu Nhập An Sinh						
VA Phúc Lợi						
Thất Nghiệp						
Tiền Cấp Dưỡng Con						
Tiền Trợ Cấp Food Stamps						
Khác (Workfirst, vãn vãn.)						
Tuyên Bố xác minh	Bạn có phiếu lương/Xác minh để xác nhận lương? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			Bạn có phiếu lương/Xác minh để xác nhận lương? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

Chi phí	Thanh toán cho (tên)	Số tiền Thanh Toán	Trả cho(tên và địa chỉ)
Tiền Cấp Dưỡng Con/Chăm sóc			
Tiền Cấp Dưỡng cho người phối ngẫu			

Bản Tuyên Bố Hỗ Trợ	Tôi xác nhận rằng tôi đã thất nghiệp trong những ____ tháng ____ năm qua. Do kết quả của việc thất nghiệp, tôi được thực phẩm, chỗ ở và quần áo từ _____, mối quan hệ, _____.
----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bất động sản	Địa chỉ	Quyền sở hữu	Giá trị Thuế	Số vay tồn khoản	Công ty Thế chấp
Nơi cư ngụ chính		<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Bất động sản khác		<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Bất động sản khác		<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Bất động sản khác		<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			

Tài sản	Hiệu/Kiểu mẫu	Quyền sở hữu	Giá trị Thuế	Số vay tồn khoản	Ngân Hàng/Công ty cho vay
Xe hơi	1	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
	2	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
	3	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Xe gắn máy	1	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
	2	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Thuyền	1	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
	2	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
Rờ mọt/RV	1	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			
	2	<input type="checkbox"/> sở hữu <input type="checkbox"/> thuê			

Nếu có tài sản bổ sung trong các loại được liệt kê ở trên, xin vui lòng bao gồm những trong phần ghi chú trên trang 6 của mẫu đơn này.

Nghịệp vụ ngân hàng/Đầu tư		Cơ Quan	Tồn khoản	Số Trương Mục	Chủ Tài Khoản
Trương Mục vãng lai	1				Bệnh nhân Vợ chồng Chung
	2				Bệnh nhân Vợ chồng Chung

Nghịệp vụ ngân hàng/Đầu tư(tiếp theo)		Cơ Quan	Tồn khoản	Số Trương Mục	Chủ Tài Khoản
Trương mục tiết kiệm	1				Bệnh nhân Vợ chồng Chung
	2				<input type="checkbox"/> Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Vợ chồng <input type="checkbox"/> Chung
Chứng chỉ ký thác					<input type="checkbox"/> Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Vợ chồng <input type="checkbox"/> Chung
401K / IRA					
Cổ phiếu/trái phiếu					
Khác (quỹ ủy thác, vãn vãn.)					

Hóa đơn Y tế	Bệnh nhân có các hóa đơn y tế củ trong vòng 2 năm qua không?	Có	Không	Tổng Số tiền
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Xác nhận và chữ ký			
<p>Tôi xin cam đoan những thông tin được cung cấp trong báo cáo tài chính của bệnh nhân này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi ủy quyền cho Bệnh viện liên hệ với bất kỳ người nào, công ty hoặc tổ chức để xác minh bất kỳ thông tin đưa ra và tôi cho phép bất kỳ người nào như vậy, công ty hoặc tổ chức để phát hành đến bệnh viện bất kỳ thông tin tài chính có thể yêu cầu.</p>			
Chữ ký:	Liên hệ với bệnh nhân:	Ngày	
Chữ ký của người làm chứng:	Liên hệ với bệnh nhân:	Ngày	

For Financial Counseling Personnel Đối với Nhân viên Tư Vấn Tài chính			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

Gửi Đơn hoàn tất về: CHS
 System Business Office Attention:
 Financial Counseling PO Box 32861
 Charlotte, NC 28232