

Tên Bệnh nhân _____

Số An sinh Xã hội _____

Ngày sinh _____

Tên Phụ huynh/Người giám hộ (nếu bệnh nhân là một đứa trẻ) _____

Số An sinh Xã hội _____

Ngày sinh _____

| | |
|--|--|
| Địa chỉ Nhà | Địa chỉ Gửi thư _____ <small>Đánh dấu nếu Giống Địa chỉ Nhà</small> |
| Đường phố _____ Số Căn hộ hoặc Số Nhà _____ | Đường phố _____ Số Căn hộ hoặc Số Nhà _____ |
| Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____ | Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____ |

Tình trạng Hôn nhân: Độc thân Đã kết hôn Ly hôn Góa **Quý vị có làm việc không?** Không Có **Nếu có thì bao lâu?** _____

Tên Chủ lao động: _____ **Chủ lao động cung cấp bảo hiểm sức khỏe?** Không Có

Hoàn thành bảng cho THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH dưới đây. Cung cấp tên và thông tin thu nhập cho mỗi thành viên gia đình sinh sống trong nhà của quý vị. Sử dụng các mã thu nhập được cung cấp để xác định loại thu nhập của mỗi người.

| THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH VÀ THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH | | | | | |
|---|----|--|------|--|----------------|
| Loại Thu nhập và Mã Thu nhập | | | | | |
| Thu nhập Từ Tiền lương | EI | Hưu trí An sinh Xã hội | SSR | Cấp dưỡng Nuôi con/Trợ cấp cho Vợ/Chồng cũ | VA |
| Thu nhập từ việc Tự Kinh doanh | SE | Thu nhập An sinh Xã hội cho Người khuyết tật | SSDI | Trợ cấp Thất nghiệp | UC |
| | | Hội Cựu chiến binh | VA | | |
| Tên | | Mối quan hệ với Người nộp đơn | | Ngày sinh | Độ tuổi |
| | | Tự kinh doanh | | | |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| | | | | | \$ |
| Nếu quý vị cần thêm khoảng trống để ghi tất cả các thành viên trong gia đình, vui lòng sử dụng mặt sau của biểu mẫu. | | | | | |

TÀI SẢN - Thông tin Ngân hàng

Tài khoản ghi Chi phiếu: Không Có Tên Ngân hàng: _____ Số dư nợ: _____

Tài khoản Tiết kiệm: Không Có Tên Ngân hàng: _____ Số dư nợ: _____

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý với các nhận định sau:

- Theo hình phạt về tội khai man, tôi cam đoan rằng các câu trả lời tôi đã cung cấp là đúng và là sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ cung cấp tất cả các tài liệu xác minh cần thiết để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của tôi đối với Chương trình Thiện nguyện của BMCHS.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không đủ điều kiện tham gia Chương trình Thiện nguyện, cá nhân tôi sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả các khoản phí liên quan đến các dịch vụ do BMCHS cung cấp, hoặc tôi có thể khiếu nại quyết định từ chối bằng văn bản kèm theo tài liệu bổ sung.

Chữ ký của Bệnh nhân (hoặc) Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Vợ/chồng Bệnh nhân: _____ Ngày: _____