

VUI LÒNG NHẬP (CÁC) SỐ TÀI KHOẢN ĐƯỢC GHI TRÊN (CÁC) BẢNG KÊ CỦA QUÝ VỊ:		SỐ HỒ SƠ BỆNH ÁN (MEDICAL RECORD NUMBER, MRN):	
THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC CỦA BỆNH NHÂN			
Tên Bệnh Nhân (Họ, Tên, Tên Đệm)		Số An Sinh Xã Hội	Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)
Địa Chỉ Cư Trú Của Bệnh Nhân (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Zip)			Quận
Số Điện Thoại Của Bệnh Nhân	Tình Trạng Hôn Nhân ☐ Ly Thân ☐ Ly Hôn ☐ Đã Kết Hôn ☐ Độc Thân ☐ Góa Bụa		Tên Vợ/Chồng
VIỆC LÀM **Đơn đăng ký cho bệnh nhân vị thành niên yêu cầu kê khai tổng thu nhập hộ gia đình**			
VIỆC LÀM CỦA BỆNH NHÂN HOẶC BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM <i>Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên: mẹ, người giám hộ hoặc cha dượng/mẹ kế</i>		VIỆC LÀM CỦA VỢ/CHỒNG HOẶC BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM KHÁC <i>Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên: cha, người giám hộ hoặc cha dượng/mẹ kế</i>	
Tình Trạng Việc Làm ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian ☐ Thất Nghiệp - Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của chủ lao động trước đây.		Tình Trạng Việc Làm ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian ☐ Thất Nghiệp - Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của chủ lao động trước đây.	
Chủ Lao Động		Chủ Lao Động	
Chủ Lao Động Số Điện Thoại		Chủ Lao Động Số Điện Thoại	
Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần	Tần Suất ☐ Theo Giờ ☐ Hàng Tuần ☐ Hai Tuần Một Lần ☐ Hàng Tháng ☐ Hàng Năm	Số Giờ Làm Việc Mỗi Tuần	Tần Suất ☐ Theo Giờ ☐ Hàng Tuần ☐ Hai Tuần Một Lần ☐ Hàng Tháng ☐ Hàng Năm
Tần Suất	☐ Theo Giờ ☐ Hàng Tuần ☐ Hai Tuần Một Lần ☐ Hàng Tháng ☐ Hàng Năm	Tần Suất	☐ Theo Giờ ☐ Hàng Tuần ☐ Hai Tuần Một Lần ☐ Hàng Tháng ☐ Hàng Năm
Thu Nhập Kiếm Được	\$	Thu Nhập Kiếm Được	\$
Thu Nhập Bổ Sung	\$	Thu Nhập Bổ Sung	\$
Tổng Thu Nhập Hộ Gia Đình Của Bệnh Nhân: \$ (Tổng tất cả các khoản thu nhập được liệt kê ở trên)			
Xác Minh Thu Nhập: Vui lòng cung cấp tài liệu xác minh (chỉ gửi bản sao, không gửi bản gốc) cho tất cả các nguồn thu nhập hộ gia đình. ☐ Giấy Bảo Chuyển Lương Theo Phiếu Lương ☐ Xác Minh Của Chủ Lao Động ☐ Thăm Tra Tín Dụng (do BSWH thực hiện) ☐ Biểu Mẫu W-2 Của IRS ☐ Tờ Khai Thuế ☐ Hỗ Trợ Của Chính Phủ (phiếu thực phẩm, CDIC, Medicaid, TANF) ☐ Sao Kê Ngân Hàng ☐ Thư Xác Nhận An Sinh Xã Hội, Lương Thưởng Cho Người Lao Động hoặc Trợ Cấp Thất Nghiệp ☐ Khác: Nếu quý vị không thể cung cấp một trong số các tài liệu về nguồn thu nhập được liệt kê ở trên, vui lòng giải thích lý do tại sao thông tin này không được cung cấp:			
THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH: Vui lòng cung cấp tổng số người trong hộ gia đình của bệnh nhân. Con số này chỉ bao gồm bệnh nhân, vợ/chồng và những người phụ thuộc của bệnh nhân.			
TÀI SẢN VÀ CÁC NGUỒN LỰC KHÁC			
Quý vị có sẵn bất cứ tài sản hoặc nguồn lực nào khác không? (Ví dụ: tài khoản tiết kiệm, quỹ tín thác, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí, quỹ góp vốn đầu tư, v.v.) ☐ Có ☐ Không Nếu Có, số tiền hiện có: \$	Quý vị có bảo hiểm y tế không? ☐ Có ☐ Không Nếu Có, vui lòng nêu tên bảo hiểm:	Quý vị có Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế hoặc Tài Khoản Chi Tiêu Linh Hoạt không? ☐ Có ☐ Không Nếu Có, số tiền hiện có: \$	
Tôi hiểu rằng Baylor Scott & White Health ("BSWH") có thể xác minh thông tin tài chính đã nêu trong Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính ("Đơn Đăng Ký") này kết hợp với đánh giá của BSWH về Đơn Đăng Ký và bằng việc ký tên bên dưới, tôi ủy quyền cho chủ lao động hoặc cá nhân được nêu trong Đơn Đăng Ký này xác nhận hoặc cung cấp các thông tin chi tiết bổ sung liên quan đến thông tin được cung cấp trong Đơn Đăng Ký này. Tôi cũng ủy quyền cho BSWH lấy báo cáo từ các cơ quan báo cáo tín dụng và Sở An Sinh Xã Hội. Tôi xác nhận rằng các tuyên bố được đưa ra trong Đơn Đăng Ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết và sự tin tưởng tốt nhất của tôi và được đưa ra một cách có thiện chí. Tôi hiểu rằng việc làm giả tài liệu hoặc khai báo sai thông tin trong Đơn Đăng Ký này có thể dẫn đến việc bị từ chối hỗ trợ tài chính. Tôi cũng hiểu rằng một số bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ có thể không phải là nhân viên của BSWH. Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được hóa đơn riêng từ những nhà cung cấp đó và đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính này sẽ không áp dụng cho những dư nợ đến hạn đó.			
Chữ Ký Của Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm		Tên Viết In Hoa	Ngày
FOR HOSPITAL USE ONLY			
☐ Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.		☐ Patient is part of community care programs	
Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: Date:		Name of Program:	