

ĐƠN ĐĂNG KÝ TÀI CHÍNH				Số tài khoản #					
Tên Bệnh Nhân				Số An Sinh Xã Hội #		Ngày Sinh			
Tên Người Đăng Ký (nếu là trẻ em, ghi tên người chịu trách nhiệm với bệnh nhân)				Số An Sinh Xã Hội #		Ngày Sinh			
Tên Vợ/Chồng				Số An Sinh Xã Hội #		Ngày Sinh			
Địa Chỉ Đường				Thành Phố, Bang, Số Zip					
Tình Trạng Hôn Nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Đã ly thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Đã mất Vợ/Chồng				Số Điện Thoại Nhà		Số Điện Thoại Nơi Làm Việc	Số Điện Thoại Thay Thế		
Tên Ngân Hàng (khi các tài khoản là)				Tài Khoản Tiền Gửi Số Dư Trung Bình		Tài Khoản Tiết Kiệm Số Dư Trung Bình			
NHỮNG NGƯỜI PHỤ THUỘC THUẾ HỢP PHÁP (nên khớp với tờ khai thuế)						TỔNG SỐ (bao gồm cả bạn) →			
Liệt Kê Trẻ Em		Tuổi	Liệt Kê Trẻ Em		Tuổi	Liệt Kê Trẻ Em		Tuổi	
TUYỂN DỤNG									
	Tên Chủ sở hữu Lao động		Chủ sở hữu Lao động Điện thoại	Nghề nghiệp	Ngày Bắt đầu	Ngày Kết thúc	Theo số giờ hay Số Tiền lương	Trung bình Giờ Mỗi Tuần	Tổng Tiền Công Số tiền
Bệnh nhân							\$		\$
Vợ/Chồng							\$		\$
Người Đăng ký							\$		\$
Nếu hiện tại bạn đang thất nghiệp và phải nhận hỗ trợ từ một thành viên trong gia đình, vui lòng nhờ họ cung cấp cho bạn một thư nêu rõ loại, số tiền đô la, và mức độ thường xuyên mà họ hỗ trợ cho bạn.									
Ngày bạn thất nghiệp				Chủ Sở Hữu Lao Động Trước Đây					
Tên của người hỗ trợ cho bạn					Mối quan hệ				
Tên của một người họ hàng gần nhất còn sống của bạn					Mối quan hệ				
Địa chỉ, thành phố, bang, số zip					Điện thoại #				
THU NHẬP VÀ CÁC TÀI SẢN KHÁC (điền tất cả các thu nhập và tài sản phù hợp)									
Các Quyền Lợi An Sinh Xã Hội			Các Chương Trình Dịch Vụ Xã Hội			Tài Sản			
<input type="checkbox"/> Đối tượng khuyết tật	\$		Hỗ trợ tạm thời cho hộ gia đình khó khăn / Chương trình cứu trợ tổng quát	\$		Trái Khoản/Tài Khoản Hồi Hưu Cá Nhân/Chứng Nhận	\$		
<input type="checkbox"/> Đối tượng Hưu trí	\$		Lương Hưu của Cựu Chiến Binh	\$		Lợi Tức	\$		
<input type="checkbox"/> SSI (Đối tượng trợ cấp An sinh)	\$		Thất nghiệp	\$		Nghỉ hưu	\$		
Khuyết tật khác	\$		Hỗ Trợ Cho Trẻ Nhỏ / Cấp Dưỡng	\$		401K Quỹ Tín Thác	\$		
CÁC CHI PHÍ HÀNG THÁNG									
Vay Thế Chấp	\$	Khoản Tiền Chi Trả	\$	Khoản Tiền Nợ	\$	Giá Trị Đánh Giá	\$		
						(Các) Khoản Nợ Mua Xe	\$		
Tiền Thuê	\$					Năm Mua Xe & Mẫu Xe			
Cấp dưỡng/Hỗ trợ	\$					Năm Mua Xe & Mẫu Xe			
Các Thẻ Tín Dụng			Loại		Khoản Tiền Chi Trả	Khoản Tiền Nợ	Giá Trị Đánh Giá		
					\$	\$	\$		
					\$	\$	\$		

Tôi ủy quyền cho Riverside Health System thu thập các thông tin mà bạn có thể sẽ yêu cầu liên quan đến các thông báo trong đây và sau đây xác nhận tính trung thực và hoàn chỉnh của tất cả các thông báo.

Chữ ký của Người đăng ký _____ Ngày _____

Vui lòng xem mặt sau của đơn này để biết về danh sách các tài liệu được yêu cầu nộp kèm với đơn đăng ký.



BẢNG CHỨNG VỀ THU NHẬP

Nếu bạn không có khả năng tài chính để chi trả cho các dịch vụ của bạn, vui lòng hoàn thiện Đơn Đăng Ký Tài Chính đính kèm và cung cấp bằng chứng về thu nhập của bạn. Riverside sử dụng Các Hướng Dẫn Thu Nhập Hộ Nghèo Liên Bang để quyết định liệu bạn có đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính hay không. Hiện tại, một bệnh nhân với mức thu nhập ở mức từ 200% trở xuống theo hướng dẫn sẽ được xem xét kèm theo các tiêu chí khác.

Các tài liệu sau đây được yêu cầu:

1. Sao kê ngân hàng trong 3 tháng
2. Bản sao thư trao thưởng tài chính (nếu phù hợp)
3. Bản sao tờ khai thuế của năm trước. Nếu bạn hành nghề tự do, Danh Mục C bắt buộc phải điền.
Nếu bạn không cung cấp một bản sao tờ khai thuế, một đơn xác nhận không có hồ sơ 4506T và một bản sao được yêu cầu. Mẫu đơn này có thể được lấy từ cơ quan tài chính hoặc từ IRS tại <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>.
4. Bản sao của (các) tài liệu giải thích về loại, số tiền đô la, và mức độ thường xuyên của trợ giúp mà bạn đang tiếp nhận (nếu phù hợp)
5. Nếu đang đi làm thuê, vui lòng cung cấp bảng lương trong 3 tháng của bạn và vợ/chồng bạn (nếu phù hợp).
6. Nếu đang thất nghiệp từ một năm trở xuống, vui lòng cung cấp quyết định thôi việc của chủ sở hữu lao động.
Nếu thất nghiệp trên một năm, vui lòng cung cấp văn bản từ An Sinh Xã Hội, IRS, hoặc Virginia Employment Cam kết thể hiện bạn không có thu nhập trong vòng 12 tháng.

Nếu bạn đã kết hôn, vui lòng kèm thêm bằng chứng thu nhập của vợ/chồng bạn.

Việc hoàn tất đơn đăng ký này sẽ giúp chúng tôi quyết định liệu bạn có đủ điều kiện để nhận hỗ trợ đối với các hóa đơn viện phí của bạn hay không. Có thể yêu cầu thêm văn bản bổ sung trong quá trình xem xét đơn đăng ký này.

Trong trường hợp bạn có bảo hiểm y tế và chúng tôi không biết về việc đó, vui lòng gọi tới văn phòng của chúng tôi ngay lập tức để chúng tôi có thể nộp yêu cầu dịch vụ tới công ty bảo hiểm của bạn. Vui lòng chuẩn bị sẵn thẻ của bạn để chúng tôi xem xét.

Nếu bạn có các câu hỏi hoặc cần trợ giúp trong việc điền đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ Đại Diện Riverside tại:

Riverside Health System
608 Denbigh Boulevard, Suite 605
Newport News, VA 23608
757-989-8830, option #3 hoặc 1-800-621-7677

CHỈ DÙNG CHO VĂN PHÒNG			
Được xử lý bởi	Ngày	Mã Chuyển giao	
Khoản Trả góp \$ _____ <input type="checkbox"/> HAC <input type="checkbox"/> IC Ủy thác <input type="checkbox"/> Khác _____	Số Thành viên trong Gia đình Tổng	Thu nhập của Gia đình	
Số Tài Khoản	DOS	Phí	Số Tiền Điều chỉnh
TOÀN BỘ ĐIỀU CHỈNH \$ _____			
Nhận xét			
Chữ ký Chấp thuận			Ngày