

# Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính



**CENTRAL TEXAS  
REHABILITATION HOSPITAL**  
An Ascension Seton Partnership

## Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng in và điền vào tất cả các ô thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)

Ngày \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (tùy chọn) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (tùy chọn) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (tùy chọn) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình \_\_\_\_\_

## Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Tiền an sinh xã hội \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp/lương hưu \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật \_\_\_\_\_  
Trợ cấp thất nghiệp \_\_\_\_\_  
Bồi thường lao động \_\_\_\_\_  
Thu nhập lãi/cổ tức \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em nhận được \_\_\_\_\_  
Cấp dưỡng nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập bất động sản cho thuê \_\_\_\_\_  
Tem phiếu thực phẩm \_\_\_\_\_  
Phân phối quỹ ủy thác nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
**Tổng thu nhập hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê \_\_\_\_\_  
Tiện ích \_\_\_\_\_  
Điện thoại (điện thoại cố định) \_\_\_\_\_  
Điện thoại di động \_\_\_\_\_  
Hàng tạp hóa/thực phẩm \_\_\_\_\_  
Truyền hình cáp/internet/vệ tinh \_\_\_\_\_  
Chi phí xe hơi \_\_\_\_\_  
Chăm sóc trẻ em \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng \_\_\_\_\_  
Thẻ tín dụng \_\_\_\_\_  
Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm xe hơi/ô tô \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhà/tài sản \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm y tế \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhân thọ \_\_\_\_\_  
Chi phí hàng tháng khác \_\_\_\_\_  
**Tổng chi phí hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc \_\_\_\_\_  
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi \_\_\_\_\_  
Bất động sản/nhà ở thứ hai khác \_\_\_\_\_  
Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí \_\_\_\_\_  
Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
Tài sản khác \_\_\_\_\_

Bảng văn bản này, tôi xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Bảng văn bản này, tôi ủy quyền cho bệnh viện thu nhận thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

**Nhận xét** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_