California Rehabilitation INSTITUTE
A Cedars/UCLA Health Partnership

แบบฟอร์มใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย
พิมพ์ชื่อนามสกุล ที่อยู่ของคุณ ณ เวลาที่รับบริการทางการแพทย์ และข้อมูลอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในส่วนนี้

หมายเลขบัญชี _____ วันที่ บริการ _____

ชื่อผู้ป่วย: _____
นามสกุล ชื่อจริง ชื่อกลาง

ที่อยู่: _____ เมือง: _____ เทศมณฑล: _____
หมายเลขและถนน

รัฐที่อยู่อาศัย: _____ รหัสไปรษณีย์:_____ วันเกิด: _____/_____/_____ สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ แต่งงาน ☐ หย่าร้าง

หมายเลขโทรศัพท์หลัก: (_____) _____ ☐ บ้าน ☐ มือถือ ☐ ที่ทำงาน ☐ อื่น ๆ: _____

ที่อยู่อีเมล: _____

ประกันสุขภาพ ณ วันที่เข้ารับบริการ: ☐ ไม่มีประกัน ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ อื่น ๆ _____

ส่วนที่ 2: รายได้และทรัพย์สินของครอบครัว
ระบุรายได้ของตนเอง คู่สมรส และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ทั้งหมด (หากมี)

แหล่งที่มาของรายได้	รวมทั้งหมดเป็นเวลา 3 เดือนก่อนเข้ารับบริการ	รวมทั้งหมดเป็นเวลา 12 เดือนก่อนเข้ารับบริการ
ค่าจ้าง/การจ้างงานตนเอง	$	$
ประกันสังคม	$	$
เงินบำนาญ เงินปันผล ดอกเบี้ย รายได้ค่าเช่า	$	$
การว่างงาน ค่าทดแทนลูกจ้าง	$	$
ค่าเลี้ยงดูบุตร (เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับเงิน)	$	$
อื่น ๆ	$	$

รวมสินทรัพย์สุทธิ (สินทรัพย์ - หนี้สิน) เสมือนว่าเป็นวันที่ยื่นใบสมัคร: $ _____

ส่วนที่ 3: ข้อมูลครอบครัวและรายได้
ระบุรายชื่อสมาชิกครอบครัวทั้งหมดในครัวเรือนของคุณและวันเดือนปีเกิดของพวกเขา

โปรดให้ข้อมูลต่อไปนี้สำหรับทุกคนในครอบครัวที่ใกล้ชิดของคุณที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ สำหรับวัตถุประสงค์ของ HCAP ครอบครัวหมายถึงผู้ป่วย คู่สมรสของผู้ป่วย และบุตรของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (โดยธรรมชาติหรือบุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ครอบครัวจะต้องรวมผู้ป่วย พ่อแม่โดยกำเนิดหรือพ่อแม่บุญธรรมของผู้ป่วย และผู้ปกครองเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (โดยธรรมชาติหรือบุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของผู้ป่วย

ชื่อสมาชิกในครอบครัว รวมถึงผู้ป่วย	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1. ผู้ป่วย:		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

โดยการลงนามของข้าพเจ้าด้านล่าง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าทุกสิ่งที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในใบสมัครนี้และในเอกสารแนบใด ๆ เป็นความจริงทุกประการ

ลงนามผู้รับผิดชอบ: x _____ วันที่: _____

โดยการลงนามของข้าพเจ้าด้านล่าง ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตรวจสอบและอนุมัติใบสมัครนี้แล้ว

ลงนามประธานเจ้าหน้าที่บริหารโรงพยาบาล: x _____ วันที่: _____

ส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วกลับมาที่: **California Rehabilitation Hospital**
2070 Century Park East Los Angeles, CA 90067 (424) 522-7100 Rev. 1/2021