



Trung Tâm Y Tế Nhân Hòa  
7761 Garden Grove Blvd  
Garden Grove, CA 92841

Tên:
Địa chỉ:
Thành phố, bang:
Mã vùng:
Số điện thoại
Số an sinh xã hội:
Ngày tháng năm sinh:
Số hồ sơ:

**Phiếu Đăng Ký Chương Trình Sliding Fee**

Chúng tôi bắt buộc phải đặt những câu hỏi riêng tư để kiểm tra quý vị có đủ tiêu chuẩn để được giảm giá các chi phí y tế. Thông tin này sẽ được giữ trong hồ sơ tại trung tâm với sự bảo mật hoàn toàn. Quý vị phải xác minh thu nhập của mình ít nhất sáu tháng một lần. Bản khai thuế thu nhập hàng năm của quý vị với một bản sao của mẫu W-2, bản lương của sáu tháng vừa qua, hoặc các bản sao ngân phiếu của quỹ an sinh xã hội hoặc các ngân phiếu khác quý vị nhận được sẽ là bằng chứng. Thu nhập hàng năm của quý vị sẽ được sử dụng để xác định số tiền quý vị phải thanh toán.

Ngày

Số người sống trong nhà

Tình trạng hôn nhân?  Đã kết hôn  Góa vợ/chồng  Độc thân  Ly dị  Ly thân

Quý vị đang sở hữu nhà hoặc mượn nhà?  Sở hữu  Mượn  Sống với người khác

Số tiền thu nhập của gia đình

Quý vị	Vợ/Chồng	Con Cái	Người khác	Tổng thu nhập
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nơi làm việc:

Quý vị	Vợ/Chồng	Con Cái	Người khác
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quý vị có sở hữu nhà cho thuê không? Yes No

Quý vị có tiền trong tài khoản tiết kiệm không?

\$
\$

Quý vị có sở hữu cổ phiếu không? Yes No

Quý vị có tiền trong tài khoản ngân hàng không?

Quý vị có nhận được bất kỳ thu nhập từ bất kỳ nguồn nào sau đây, và nếu có, bao nhiêu?

Nguồn	Quý vị	Vợ/Chồng	Con cái	Người ngoài	Tổng cộng
Anh sinh xã hội	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hỗ trợ cộng đồng	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiền về hưu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Phiếu thực phẩm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Thu nhập từ nhà cho thuê	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Thu nhập từ tiền lãi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hỗ trợ nuôi con, cấp dưỡng	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Từ nguồn khác: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quý vị có đang xài bảo hiểm nào để chi trả cho dịch vụ y tế? Có, xin liệt kê ở dưới  Không

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Tên ( của mỗi người đang sống trong nhà)	Ngày tháng năm sinh:	Số an sinh xã hội:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tôi tuyên bố những thông tin trên là đúng sự thật và đã cho phép Trung tâm Y tế Nhân Hòa điều tra bất kỳ thông tin nào trong đơn này. Tôi hiểu rằng những thông tin này sẽ được bảo mật. Tôi cũng hiểu rằng nếu thu nhập của tôi có sự thay đổi. Tôi phải thông báo cho nhân viên Nhân Hòa vào lần tới của tôi đến phòng khám.

Chữ ký của quý vị:	Ngày:	Clinics purpose only: Income code:
--------------------	-------	---------------------------------------

Name:

Address:

City, State:

Zip Code:

Telephone:

Social Security #:

Date of Birth:

Chart Number:



NHAN HOA COMPREHENSIVE CLINIC  
7761 Garden Grove Blvd  
Garden Grove, CA 92841

**Sliding Fee Eligibility Form**

It is necessary for us to ask personal questions in order to give you a discount on our medical expenses. This information will be kept on file in our center in strict confidence. You must verify your income at least every six months. Your yearly income tax return with a copy of your W-2 form, payroll check stubs covering the past six months, or copies of your social security checks, or other checks you may receive will be sufficient proof. Your annual income will be used to calculate the level of your payment.

Today's Date:  Number of people living in your home?

What is your marital status?  Married  Widow(er)  Single  Divorced  Separated

Do you own or rent your home?  Own  Rent  Live with Someone

Amount of Household Income?

You	Your Spouse	Your Children	Other Person	Total Family Income
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Place of Employment?

You	Your Spouse	Your Children	Other Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Do you have money in your savings account? \$  Do you have any rental property? Yes  No

Do you have money in a checking account? \$  Do you own stock or certificates? Yes  No

Do you receive any income from any of the following sources, and if so, how much?

Sources	You	Your Spouse	Your Children	Other Person	Total Sources
Social Security	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Public Assistance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retirement Pension	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Food Stamps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rental Income	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Interest Income	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Child Support, Alimony	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Other (Specify)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Do you have any type of insurance that will cover all or a portion of your medical expense? Yes, list below  |  | No

Give Names, DOB, and SSN of all individuals living in the household.

Name:	Date of Birth:	Social Security Number:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I declare the above information is true and have given the Our Community Health Center permission to investigate any information given in this application. I understand that this information will be kept in strict confidence. I also understand that if my income should change that I am required to notify the receptionist on my next visit to the clinic.

Signature: <input type="text"/>	Date: <input type="text"/>	Clinic Purpose Only Income Code: <input type="text"/>
---------------------------------	----------------------------	--



Nhan Hoa Clínica de Salud Integral  
7761 Garden Grove Blvd  
Garden Grove, CA 92841

Nombre:
Dirección:
Ciudad, Estado:
Codigo Postal:
Telefono:
Seguro Social #:
Fecha de Nacimiento:
Número de Tabla:

**Formulario de Elegibilidad de Tarifa de Deslizamiento**

Es necesario para nosotros hacer preguntas personales para darle un descuento en los gastos médicos. Esta información se mantendrá en el archivo de nuestro centro en estricta confidencia debe comprobar sus ingresos por lo menos cada seis meses. Su declaración de impuestos renta anual con una copia de su formulario W-2, cheque nómina botánica que abarca los últimos seis meses, o copias de sus cheques de seguro social u otros controles que pueden recibir será prueba suficiente. Su ingreso anual se utiliza para calcular el nivel de su pago.

Fecha  Numero de personas que viven en su hogar

¿Cuál es su estado civil?  Casada/o  Viudo/a  Divorciado/a  Soltero/a  Seperado/a

¿Es dueño o renta su hogar?  Dueño  Rento  Vivo con alguien

¿Cantidad de ingresos del hogar?

Usted	Su Cónyuge	Sus Hijos	Otra Persona	Ingreso familiar total
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar de Empleo:

Usted	Su Cónyuge	Sus Hijos	Otra Persona
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene una propiedad de alquiler? Yes No      ¿Tiene dinero en su cuenta de ahorros? \$

¿Posee acciones o certificados? Yes No      ¿Tiene dinero en una cuenta corriente? \$

¿Recibe algún ingreso de alguna de las siguientes fuentes, y si es así, ¿cuánto?

Fuentes	Usted	Su Cónyuge	Sus Hijos	Otra Persona	Fuentes Total
Seguro Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asistencia Pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión de Retiro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cupones de Alimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos de Alquiler	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos por Intereses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión alimenticia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro (Especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene algún tipo de seguro que cubra la totalidad o una parte de su gasto médico? Si, lista abajo No

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre: (de los individuos que viven en el hogar)	Fecha de Nacimiento:	# de Seguro Social:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que la información anterior es verdadera y han dado el permiso a Nhan Hoa Clínica de Salud Integral para investigar cualquier información dada en esta aplicación. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si cambia mis ingresos estoy obligado a notificar a la recepcionista en mi próxima visita a la clínica.

Firma:	Fecha:	Clinics purpose only: Income code:
--------	--------	---------------------------------------