

HASTANIN ADI VE SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI	YAŞ	AİLEDEKİ SAYI	MEDENİ DURUM	EŞ/EBEVEYN/DİĞER	TELEFON NUMARASI
HASTANIN ADRESİ	ŞEHİR, EYALET, POSTA KODU		HASTANIN İŞVERENİ		NE KADAR SÜREDİR?
GARANTÖR VE SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI	GARANTÖRÜN ADRESİ		GARANTÖRÜN İŞVERENİ		NE KADAR SÜREDİR?
HASTANEDEKİ HİZMET SIRASINDA AKTİF BİR MEDICAID ALICISI MIYDINIZ? EVET _____ HAYIR _____		VADESİZ _____ BAKİYE _____ DİĞER VARLIKLAR _____			
		VADELİ _____ BAKİYE _____ BANKA _____			
HASTANEDEKİ SERVİS SIRASINDA OHIO SAKINI MIYDINIZ? E _____ H _____	HASTANEDEKİ SERVİS SIRASINDA SAĞLIK SİGORTANIZ (TIBBİ SİGORTA DIŞINDA) VAR MIYDI E _____ H _____		KİRALAMA _____ SATIN ALMA _____ KENDİNE AİT _____ AKRABALARI VASITASIYLA _____	MORTGAGE BAKİYESİ/MÜLK DEĞERİ	

AİLE ÜYELERİ

ADI	YAŞ	DOĞUM TARİHİ	YAKINLIK/SOSYAL GÜVENLİK NUMARASI	GELİR

BRÜT GELİR

(Lütfen hizmet tarihinden/tarihlerinden 3 veya 12 ay önceki gelir kopyalarını ekleyin.)

HASTA	ÇALIŞMIYOR	İŞÇİ TAZMİNATI
EŞ	EMEKLİ MAAŞI	DİĞER
SOS. GÜVENLİK	ÇOCUK NAFKASI	

TEMEL AYLIK HARCAMALAR

(Hastane Bakımı Garanti Programı [Hospital Care Assurance Program, HCAP] için uygun olmamanız ve yurtiçindeki hayır kurumu olarak değerlendirilmek istemeniz durumunda, lütfen aylık harcamalarınızın kopyalarını ekleyin.)

KONUT	SU	ÇOCUK BAKIMI
GAZ	ELEKTRİK	
KABLOLU TELEVİZYON	TELEFON NUMARASI	

HASTANE HİZMETİNİN TARİHLERİ

HESAP NUMARASI _____	HİZMET TARİHİ _____ İLA _____	BAKİYE _____
HESAP NUMARASI _____	HİZMET TARİHİ _____ İLA _____	BAKİYE _____
HESAP NUMARASI _____	HİZMET TARİHİ _____ İLA _____	BAKİYE _____
HESAP NUMARASI _____	HİZMET TARİHİ _____ İLA _____	BAKİYE _____

YUKARIDAKİ BİLGİLER, BİLDİĞİM KADARIYLA DOĞRU VE EKSİKSİZDİR.

İMZALAYAN _____ VEYA _____ FORMU DOLDURAN KİŞİNİN İMZASI _____ YAKINLIK _____ TARİH _____

YALNIZCA DAHİLİ KULLANIM İÇİN

İMZALAYAN _____ TARİH _____ Onay Amacı _____
DİREKTÖR/YÖNETİCİ, HASTA HESABI HİZMETLERİ

İLAVE AİLE ÜYESİ BİLGİLERİ

Adı	Yakınlık	Doğum tarihi	Sos. Güvenlik Numarası	Aylık Gelir
-----	----------	--------------	------------------------	-------------

“Aile”, HASTAYI, HASTANIN EŞİNİ VE on sekiz yaşın altında evde yaşayan evlat edinilmiş veya biyolojik çocuklar olmak üzere HASTANIN TÜM ÇOCUKLARINI içerecektir, HASTA ON SEKİZ YAŞIN ALTINDA İSE AİLE HASTANIN BİYOLOJİK VEYA EVLAT EDİNEN EBEVEYN(LER)İNİ VE HASTA ON SEKİZ YAŞIN ALTINDAYSA VE EVDE YAŞIYORSA, BİYOLOJİK VEYA EVLAT EDİNİLMİŞ OLANLAR DAHİL EBEVEYN(LER)İN ÇOCUKLARINI İÇERECEKTİR.

İLAVE YORUMLAR