

Đơn Xin Gia Giảm Lệ Phí Hàng Năm

Gia Giảm Lệ Phí	Quý vị muốn biết mình có hội đủ điều kiện được giảm giá dịch vụ của chúng tôi không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không								
Community Health Care có gia giảm lệ phí cho tất cả các bệnh nhân của chúng tôi, bất kể có Bảo Hiểm nào. Gia giảm lệ phí cho quý vị hưởng khoản giảm giá dịch vụ, dựa trên số người trong gia đình và mức lợi tức. Khoản giảm giá này được trừ vào số tiền phải trả của quý vị sau khi chúng tôi nhận các khoản đồng trả của quý vị và khoản tiền trả từ hãng bảo hiểm. Để hội đủ điều kiện nhận gia giảm lệ phí, quý vị phải điền đơn ít nhất mỗi năm một lần.	<p style="text-align: center;"><u>Quý vị có thể sử dụng khoản gia giảm lệ phí tại bất kỳ bệnh xá nào của chúng tôi</u></p> Nếu quý vị chọn CÓ muốn giảm giá, CÓ AI trong gia đình quý vị nhận: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lợi Tức từ Việc Làm</td> <td><input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trợ Cấp An Sinh Xã Hội</td> <td><input type="checkbox"/> Lương Hưu hoặc Quỹ Hưu Trí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiền Nuôi Con hay Phối Ngẫu</td> <td><input type="checkbox"/> Tiền Trợ Cấp Liên Bang Hay Tiểu Bang</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lợi Tức Cho Thuê Nhà</td> <td><input type="checkbox"/> Lợi Tức Khác/Lợi Tức Tiền Mặt _____</td> </tr> </table> <p>Ai có lợi tức? <input type="checkbox"/> Quý Vị <input type="checkbox"/> Người Phối Ngẫu/Bạn Đời <input type="checkbox"/> Người Khác: _____</p>	<input type="checkbox"/> Lợi Tức từ Việc Làm	<input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp	<input type="checkbox"/> Trợ Cấp An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/> Lương Hưu hoặc Quỹ Hưu Trí	<input type="checkbox"/> Tiền Nuôi Con hay Phối Ngẫu	<input type="checkbox"/> Tiền Trợ Cấp Liên Bang Hay Tiểu Bang	<input type="checkbox"/> Lợi Tức Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/> Lợi Tức Khác/Lợi Tức Tiền Mặt _____
<input type="checkbox"/> Lợi Tức từ Việc Làm	<input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp								
<input type="checkbox"/> Trợ Cấp An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/> Lương Hưu hoặc Quỹ Hưu Trí								
<input type="checkbox"/> Tiền Nuôi Con hay Phối Ngẫu	<input type="checkbox"/> Tiền Trợ Cấp Liên Bang Hay Tiểu Bang								
<input type="checkbox"/> Lợi Tức Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/> Lợi Tức Khác/Lợi Tức Tiền Mặt _____								

Từ Chối Gia Giảm Lệ Phí
 Bệnh nhân đã nói từ chối Gia Giảm Lệ Phí.
 Chữ Ký của Bệnh Nhân _____ Ngày _____ hoặc nếu không thể ký tên, Chữ Ký Tắt của Nhân Viên _____

Tự Khai để hưởng giảm giá
 Lợi tức hiện tại của gia đình bệnh nhân là \$ _____ (mỗi năm).
 Chữ Ký của Bệnh Nhân _____ Ngày _____ hoặc nếu không thể ký tên, Chữ Ký Tắt của Nhân Viên _____

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH

Biểu Đồ # <small>(phần của văn phòng)</small>	Tên của Người Thân trong Gia Đình <small>(sống trong gia đình của quý vị)</small>	Ngày Sinh	Giới Tính	Bảo Hiểm
	Quý Vị:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có
	Người Phối Ngẫu/Bạn Đời:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có
	Trẻ Em (dưới 18 tuổi): Mối Quan Hệ:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có
	Trẻ Em (dưới 18 tuổi): Mối Quan Hệ:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có
	Trẻ Em (dưới 18 tuổi): Mối Quan Hệ:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có
	Trẻ Em (dưới 18 tuổi): Mối Quan Hệ:		<input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tư Nhân <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Không Có

Phần Dành Riêng cho Văn Phòng
 Tổng Lợi Tức Gia Đình \$ _____ (Hàng Năm) Số Người trong Gia Đình _____ Phần Trăm Gia Giảm Lệ Phí _____
 Ngày Bắt Đầu có Hiệu Lực _____ Ngày Hết Hiệu Lực _____ Chữ Ký Tắt của PSP/Nhận Hồ Sơ _____/_____