

Bệnh Viện Providence

Post Office Box 851537

Mobile, AL 36685

(251) 633-1500

Báo Cáo Tài Chính

Điều Cần Biết Về Bệnh Nhân					
Tên Họ			Số an-sinh xã hội		
Ngày sinh	Phái Tính	Tình trạng hôn nhân	Số điện thoại nhà		
Địa chỉ Nhà		Thành phố	Tiểu Bang	Số Vùng	
Công sở (Chỗ Làm)		Người liên lạc công sở		Số điện thoại (Chỗ Làm)	
Tên người phối ngẫu			Số an-sinh xã hội		
Ngày sinh	Của người phối ngẫu (Chỗ Làm)		Số điện thoại/ Người liên lạc		
Người Chịu Trách Nhiệm (Nếu không là bệnh nhân hoặc vợ/chồng)					
Tên Họ			Số an-sinh xã hội		
Ngày sinh	Phái Tính	Tình trạng hôn nhân	Liên hệ với bệnh nhân		
Địa chỉ nhà		Thành phố	Tiểu bang	Số vùng	
Công sở		Người liên lạc công sở		Số điện thoại	
Trẻ Em Phụ Thuộc (không là bệnh nhân và vợ/chồng)					
Tên	Tuổi	Liên hệ	Số an-sinh xã hội		
Tên	Tuổi	Liên hệ	Số an-sinh xã hội		
Tên	Tuổi	Liên hệ	Số an-sinh xã hội		
Tên	Tuổi	Liên hệ	Số an-sinh xã hội		
Khai Lợi Tức					
Quý vị có nộp đơn giúp đỡ		Nếu có, tên cơ quan		Ngày nộp đơn	
Có Không					
Điều Cần Biết Về Tập Đoàn Bảo Hiểm (phải trả lời)					
Công sở có cung cấp bảo hiểm sức khỏe không ? Có Không					
Nếu có, phí tổn là bao nhiêu mỗi tháng		một người \$ _____			
		Gia đình \$ _____			
Nếu không có làm đơn, xin giải thích: _____					
- BUSINESS OFFICE USE ONLY -					
Recommendation:					

Báo Cáo Tài Chính

- trang 2 -

Lợi Tức Hàng Tháng

Chi Phí Mỗi Tháng

Lương hàng tháng \$	Số an-ninh xã hội \$	Tiền nhà \$	Nhà thuê \$
Trợ cấp cựu chiến binh \$	Tiền thất nghiệp \$	Tiền điện \$	Tiền ga \$
Bồi thường công nhân \$	Cấp dưỡng cho con \$	Tiền Nước \$	Tiền điện thoại \$
Cấp dưỡng sau khi ly dị \$	Thu nhập cho thuê \$	Chi phí ẩm thực \$	Chi được phiếu thực phẩm \$
Quỹ hưu bổng \$	Thu nhập khác \$	Chi phí nhà trẻ \$	Cấp dưỡng cho con \$
Trường mục đất kiểm \$	Chứng thư ký thác \$	Bảo hiểm y tế \$	Tiền học phí \$
Trường mục vắng lai \$	Duy trì hiệu lực \$	Bảo hiểm nhà (nếu không bao gồm trong tiền nhà) \$	
Lợi tức khác \$	Lợi tức khác \$		
		Tiền Xe 1 \$	Tiền Xe 2 \$
		Chi phí y tế Nội cung cấp dịch vụ	Tồn khoản: \$
		Chi phí y tế Nội cung cấp dịch vụ	Tồn khoản: \$
	Business Office Use Only	Chi phí thuốc Nội cung cấp dịch vụ	Tồn khoản: \$
		Bảo Hiểm Nhân Thọ	
		Gia trị: \$ \$ Phí trả hàng tháng: \$	
Tổng Cộng Lợi Tức : \$		Tổng cộng chi phí: \$	
Cửa Tài Sản			
Bất động sản Nổi ở chính	Giá trị	\$ _____	
Tài sản khác, đồ sưu tập có giá trị	Giá trị: \$	(Xin trả lời) \$ _____	
Mô tả			
Xe			
Năm	Hiệu	Kiểu	
Năm	Hiệu	Kiểu	

Ngoài những điều khoảng yêu cầu trên, theo đây tôi có cung cấp những bằng chứng tiền thu nhập của tôi.

1. Bản báo cáo mới nhất của ngân hàng. 2. Mẫu IRS 1040 với lịch trình và báo cáo W-2

Nếu tôi không thể cung cấp những điều khoảng tờ số làm của tôi, cũng như lý do nào khác. Cho sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đây xác nhận những điều khoảng trên là đúng sự thật và chính xác, và đây là hoàn hồ sơ tài sản và trách nhiệm pháp lý của tôi. Bệnh viện Providence được sự cho phép của tôi để điều tra lịch sử tín dụng của tôi.

Ngày	Chữ ký bệnh nhân
Ngày	Chữ ký người phối ngẫu
Ngày	Chữ ký người phỏng vấn