

## Đơn xin Giảm phí Y tế Dịch vụ Kinh doanh

### Mục cho Bệnh nhân

Tên: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ An Sinh Xã Hội #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_ Mã Bưu chính: \_\_\_\_

Điện thoại Chính: \_\_\_\_\_ Điện thoại Khác: \_\_\_\_\_

Hãng sỡ: \_\_\_\_\_ Thu nhập  
Hàng năm: \_\_\_\_\_

Số người trong  
Gia đình: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Thành viên Gia đình: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

**\*\*Gửi kèm cùng với Đơn xin\*\***

- Bản sao thuế các năm trước, trang 1 của mục 1040  
 Thư xác định Hỗ trợ Y tế, gần đây

\_\_\_\_\_  
Chữ ký Người nộp đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày

### Mục cho Văn phòng Kinh doanh

Số Tài khoản Người bảo lãnh: \_\_\_\_\_ Tên Người bảo lãnh: \_\_\_\_\_

- Tổng Chương lý  Đủ điều kiện – Toàn phần/Bán phần: \_\_\_\_ % Trách nhiệm  
của Bệnh nhân : \_\_\_\_\_



Glencoe | Hospital & Clinic 1805 Hennepin Ave. N | Glencoe, MN 55336-1416  
Lester Prairie | Clinic 1024 Central Ave. | Lester Prairie, MN 55354-4525  
Stewart | Clinic 300 Bowman St. | Stewart, MN 55385-0256  
320-864-3121 | Toll Free 1-888-526-4242 | Fax 320-864-7887 | grhsonline.org

Chăm sóc Không bồi thường

Không đủ điều kiện – Lý do: \_\_\_\_\_

Được xác định bởi: \_\_\_\_\_ Năm Giảm giá: \_\_\_\_\_

