

## Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe Hành Vi – Giấy Trách Nhiệm Tài Chính

Mã Số Khách Hàng # _____		Chương Trình _____	
Họ _____	Tên _____	Tên lót _____	
Địa chỉ _____		Căn hộ số _____	
Thành phố _____	Tiểu bang _____	Zip _____	
Điện thoại nhà (_____) _____		Điện thoại di động (_____) _____	
Ngày sinh _____	Số An Sinh Xã Hội _____	Bằng Lái Xe # _____	
Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Có việc làm	<input type="checkbox"/> Thất nghiệp	<input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác
Người Chịu Trách Nhiệm Tài Chính: <input type="checkbox"/> Tự trả		<input type="checkbox"/> Người Nhận Tiền/Giám Hộ	<input type="checkbox"/> Khác
Nếu khác, Tên _____		Quan hệ: _____	
Địa chỉ _____		Căn hộ số _____	
Thành phố _____	Tiểu bang _____	Zip _____	
Điện thoại nhà (_____) _____		Điện thoại di động (_____) _____	

Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (bao gồm SSI, khuyết tật, thất nghiệp, v.v...) _____		Số Người Phụ Thuộc (bao gồm bản thân) _____	
<b>Thu Nhập Tháng</b>	<b>Tổng Tài Sản</b>	<b>Chi Tiêu Tháng</b>	
Bản thân _____	Tài khoản thanh toán _____	Án lệnh _____	
Bố, mẹ/vợ, chồng _____	Tài khoản tiết kiệm _____	Chăm sóc trẻ _____	
Khác _____	Khác _____	Chi trả cho người phụ thuộc _____	
		Chi trả cho chế độ nghỉ hưu _____	
		Y tế _____	
Tổng thu nhập \$ _____	Tổng tài sản \$ _____	Tổng chi tiêu \$ _____	

Thông tin bảo hiểm sức khỏe (Phải được điền nếu Khách Hàng có bảo hiểm y tế)			
<b>Medi-Cal/CMSP #</b> _____		<b>Medicare #</b> _____	
<b>Công Ty Bảo Hiểm Chính</b>		<b>Công Ty Bảo Hiểm Phụ</b>	
Công ty bảo hiểm _____		Công ty bảo hiểm _____	
ID # _____		ID # _____	
Nhóm # _____		Nhóm # _____	
Ngày hiệu lực _____		Ngày hiệu lực _____	
Họ tên người được bảo hiểm _____ Ngày sinh _____		Họ tên người được bảo hiểm _____ Ngày sinh _____	
Địa chỉ gửi chứng từ _____		Địa chỉ gửi chứng từ _____	

Tôi xin trực tiếp ủy quyền việc thanh toán tất cả các lợi ích bảo hiểm mà tôi được hưởng cho Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe và Hành Vi Hạt Marin (County of Marin BHRS). Việc ủy quyền để tính chi phí này sẽ có hiệu lực từ ngày đầu tiên tôi nhận dịch vụ của BHRS. Tôi ủy quyền BHRS cung cấp bất kỳ và toàn bộ các thông tin có trong, hoặc được công khai trong, hồ sơ lưu trữ của BHRS cho các công ty bảo hiểm thích hợp trong mức độ cần thiết để đáp ứng các khiếu nại bồi thường cho các dịch vụ được cung cấp. Tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm tài chính cho tất cả các khoản chi phí - kể cả những khoản không được chi trả trọn vẹn bởi công ty bảo hiểm của tôi trong các giới hạn do Hạt Marin quyết định khi xem xét khả năng thanh toán của tôi. **Nếu tôi từ chối cung cấp thông tin về thu nhập, tôi sẽ bị yêu cầu thanh toán tất cả các chi phí dịch vụ của bản thân.** Bản sao của văn bản này cũng được xem là có giá trị như bản gốc.

Chữ Ký Khách Hàng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Người Đại Diện Được Ủy Quyền \_\_\_\_\_ Quan hệ \_\_\_\_\_

Chi Dành Cho Nhân Viên Làm Chứng Từ:	Phí bảo hiểm hàng năm \$ _____	Ngày trả phí bảo hiểm hàng năm \$ _____
--------------------------------------	--------------------------------	---