



TUYÊN BỐ VÀ XÁC MINH NGƯỜI HỖ TRỢ LÀ BÊN THỨ BA

Tên Bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

Số MRN: _____

ĐIỀU KHOẢN VỀ HÌNH PHẠT, TUYÊN BỐ XÁC NHẬN VÀ ỦY QUYỀN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi xác nhận rằng thông tin dùng để hoàn thành hồ sơ này là đúng sự thật. Ngoài ra, tôi hiểu rằng theo Luật Tiểu bang Louisiana năm 1924, việc cung cấp thông tin sai lệch có thể được coi là "Gián lận Y tế" nhằm lừa gạt một bệnh viện để nhận hàng hóa hoặc dịch vụ, bao gồm các mặt hàng dược phẩm, và đây là một trọng tội.

HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Tôi, _____, đã cung cấp \$ _____ vào tháng trước cho bệnh nhân có tên dưới đây.

BÊN THỨ BA HỖ TRỢ NƠI Ở

Tôi, _____ (người hỗ trợ), cung cấp phòng và nơi ở và các hỗ trợ khác cho bệnh nhân có tên dưới đây. Người đó không trả tiền thuê phòng cho tôi. Tôi phải cung cấp bằng chứng về địa chỉ để xác minh. Tôi sẽ đưa cho bệnh nhân một hóa đơn chi tiêu hiện tại hoặc một tài liệu gia đình khác để người đó cho quý vị xem địa chỉ hiện tại của tôi.

CÁC KHOẢN THANH TOÁN CỦA BÊN THỨ BA cho tài khoản tín dụng của bệnh nhân

Tôi, _____ (bên chịu trách nhiệm), xác nhận rằng tôi là người chịu trách nhiệm thanh toán cho (các) chi phí sau đây liên quan đến bệnh nhân có tên ở đây. Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp bằng chứng thanh toán. Vui lòng đưa cho bệnh nhân bằng chứng bằng tài liệu để bệnh nhân mang tới buổi đánh giá tài chính của mình. (Cung cấp thông tin bổ sung trên một trang riêng.)

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Kiểu Khoản vay hoặc Số Khoản vay Tham chiếu: _____

***Cần có chữ ký nếu người là bên thứ ba không có mặt trong buổi Đánh giá Tài chính**

Chữ ký của Bệnh nhân/Người Đại diện

Tên In hoa của Bệnh nhân/Người Đại diện

Ngày

*Chữ ký của Người Hỗ trợ là Bên Thứ ba

Tên In hoa của Người Hỗ trợ là Bên Thứ ba

Ngày

Chữ ký của Đại diện West Jefferson Medical Center

Tên In hoa của Đại diện West Jefferson Medical Center

Ngày Nhận được Biểu Mẫu