



ASIAN AMERICAN
Healthcare Center, Inc.

亚美义诊中心 (Asian American Healthcare Center)
11255 Dovedale Court, Marriottsville, MD 21104
电话 (Phone) : 410-884-0888 Text line : 443-537-0650
传真 (fax): 703-485-2970
邮箱 (Email): aahcscheduling@gmail.com
网站 (Website): <http://aahchc.org/>

居住类型 (Type of Residence): Please check*

- 独立屋 (Single Home) 连栋屋 (Town Home) 公寓 (Condo)
老年公寓 (Senior Apartment) 收容所 (Shelter) 其他 (Other)

家庭年收入水平 (Income Level per Year): Please check*

- >\$5,000 >\$10,000 >\$15,000 >\$20,000 >\$25,000

收入来源 (Income Sources): Please check*

- 工资 (Wages) 退休金 (Pension) 社会保险福利 (SSB)

教育程度 (Education Level): Please check*

- 初中 (Intermediate School) 高中 (High School) 大学肄业 (College Study)
大学学士 (BA/BS Degree) 硕士学位 (MA/MS Degree) 博士学位 (PHD Degree)

移民美国年数 (Years of Immigration): Please check*

- >5 年 >10 年 >15 年 >20 年

移民身份 (Legal Status): Please check*

- 公民 (Citizen) 永久居民 (Permanent Resident) 其他 (Other)

我, _____ 保证上述信息是真实准确的。如果我的健康状况发生变化和/或上述任何信息需要更改时, 我会及时通知该诊所。我理解并同意对所提供的医疗服务而产生的费用负全部责任。

(I _____ certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I will notify you of any changes in my health status and/or information listed above. I understand and agree that I am ultimately responsible for the payment for any professional services rendered.)

申请人签字 (Authorized Signature of Subscriber)

日期 (Date)

*填表须知(Note) : Window 操作系统- 用鼠标点击方框, Mac 操作系统- 在方框前后键入空格键 (Window system- click mouse on the checkbox, Mac system- click "space" on the keyboard before or after the checkbox)