

經濟援助申請表



**CENTRAL TEXAS
REHABILITATION HOSPITAL**
An Ascension Seton Partnership

患者資訊

(請以印刷體書寫，並且所有欄位都必須填寫。在不適用的任何個別行，則填入 N/A)

日期 _____ 帳戶號碼 _____

姓名 (名字及姓氏) _____

生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

_____ 社會保險號碼 (選填) _____

雇主 _____ 就業狀況 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方資訊/法律監護人資訊

(如果以上患者與負責方相同，則將此部分留空。)

姓名 (名字及姓氏) _____

生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

_____ 社會保險號碼 (選填) _____

雇主 _____ 就業狀況 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方配偶資訊

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名 (名字及姓氏) _____

生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

_____ 社會保險號碼 (選填) _____

雇主 _____ 就業狀況 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方的家屬

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名 _____ 生日 _____ 與責任方的關係 _____

姓名 _____ 生日 _____ 與責任方的關係 _____

姓名 _____ 生日 _____ 與責任方的關係 _____

姓名 _____ 生日 _____ 與責任方的關係 _____

居住在家庭中的成人及兒童人數 _____

月收入

(為以下列出的每個項目填入美元金額。提供每月金額。)

申請人的收入 _____
申請人配偶的收入 _____
社會保險福利 _____
退休金/退休收入 _____
殘障收入 _____
失業救濟金 _____
工人補償金 _____
利息/股息收入 _____

收到的子女撫養費 _____
收到的贍養費 _____
出租不動產收入 _____
食物券 _____
收到的信託基金配息 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
每月總收入總額 \$ _____

每月生活開支

抵押/租金 _____
公用支出 _____
電話 (室內) _____
手機 _____
雜貨/食品 _____
有線/網路/衛星電視 _____
汽車支出 _____
育兒 _____

兒童撫養費/贍養費 _____
信用卡 _____
醫師/醫院帳單 _____
汽車/汽車保險 _____
房屋/不動產保險 _____
醫療/健康保險 _____
人壽保險 _____
其他每月支出 _____
每月總支出 \$ _____

資產

現金/儲蓄/支票帳戶 _____
股票/債券/投資/存託憑證 _____
其他房地產/第二住所 _____
船舶/房車/摩托車/休旅車 _____
收藏車/非必要汽車 _____
其他資產 _____

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院可從外部信用報告機構獲取資訊，前提是醫院認為有必要。

申請人簽名 _____

日期 _____

註解 _____

