

经济援助申请表



患者信息

(请工整书写, 并且必须填写所有字段。对于申请表中任何对您不适用的行, 请注明N/A)

日期 _____ 账号 _____

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

通讯地址 _____ 市 _____ 州 _____ 邮编 _____

社会安全号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方信息/法定监护人信息

(如果上述患者与责任方相同, 请将此部分留空。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

通讯地址 _____ 市 _____ 州 _____ 邮编 _____

社会安全号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方配偶信息

(如果患者与责任方相同, 请填写患者的配偶信息。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

通讯地址 _____ 市 _____ 州 _____ 邮编 _____

社会安全号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方家属

(如果患者与责任方相同, 请填写患者的配偶信息。)

姓名 _____	出生日期 _____	与责任方的关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	与责任方的关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	与责任方的关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	与责任方的关系 _____

居住在家庭中的成人和儿童人数 _____

月收入

(在下列每项中填写美元金额。填写每项的每月金额。)

申请者收入 _____
申请者配偶收入 _____
社会保障福利 _____
退休金/退休收入 _____
伤残收入 _____
失业补偿 _____
劳工补偿 _____
利息/股息收入 _____

收到的儿童抚养费 _____
收到的赡养费 _____
出租物业收入 _____
食品券 _____
收到的信托基金分配 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
月总收入 \$ _____

每月生活开支

抵押/租金 _____
公用事业 _____
电话(固定电话) _____
手机 _____
杂货/食品 _____
有线/互联网/卫星电视 _____
车贷 _____
育儿 _____

子女抚养费/赡养费 _____
信用卡 _____
医生/医院账单 _____
汽车保险 _____
住房/财产保险 _____
医疗/健康保险 _____
人寿保险 _____
其他每月支出 _____
每月总支出 \$ _____

资产

现金/储蓄/支票账户 _____
股票/债券/投资/定期存单 _____
其他房产/第二住宅 _____
船/房车/摩托车/休闲车 _____
收藏汽车/非必需汽车 _____
其他资产 _____

本人特此证明, 上述信息为据我所知的真实且完整的信息。我特此授权医院可从外部信用报告机构获取信息, 前提是医院认为有必要。

申请者签名 _____

日期 _____

备注 _____

