

经济援助申请表

第一部分：患者信息

收到医疗服务时，请在该区域填写您的全名以及地址。

账户号码： _____ 服务日期： _____

患者姓名： _____

名字

姓氏

中间名首字母

地址： _____ 城市： _____ 乡镇： _____

居住的州： _____ 邮编： _____ 出生日期： _____ 婚姻状况： 未婚 已婚 离婚

主要手机号码： (_____) 家庭电话 移动电话 工作电话 其它： _____

邮箱地址： _____

提供服务时的医疗保险： 未投保 医疗保险 (Medicare) 医疗补助 (Medicaid) 其它： _____

第二部分：家庭收入与资产

提供您本人、配偶和所有其他家庭成员的收入情况（如适用）。

收入来源	提供服务前 3 个月收入总额	提供服务前 12 个月收入总额
雇佣/自营职业	\$ _____	\$ _____
社保	\$ _____	\$ _____
养老金、股息、利息、租金收入	\$ _____	\$ _____
失业、工伤赔偿	\$ _____	\$ _____
子女抚养费（仅当患者是预定收款人时）	\$ _____	\$ _____
其它	\$ _____	\$ _____

以申请日期为准，净资产总额（资产——债务）： \$ _____

第三部分：家庭信息和收入

请列出所有家庭成员及其出生日期。

请提供居住在您家中的所有直系亲属的以下信息。就 HCAP 而言，亲属是指患者、患者的配偶以及居住在患者家中的所有 18 岁以下的子女（亲生子女或领养子女）。如果患者未满 18 岁，则亲属应包括患者、患者的亲生父母或养父母，以及居住在患者家中的 18 岁以下（亲生或养父母）子女。

包括患者在内的家庭成员姓名 _____ 出生日期 _____ 与患者的关系 _____

1. 患者： _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

本人在此签名，确认申请表和任何附件中所陈述的一切都是真实的。

负责人签名： x _____ 日期： _____

本人在此签名，确认已审阅并同意本申请。

医院首席执行官签名： x _____ 日期： _____

将填妥的申请表交回到： [海伦·M·辛普森康复医院](#)