

患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的任何单个行不适合您, 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 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方的信息/法律监护人信息

(如果上述患者与责任方是同一人, 则将此部分留空。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (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

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方的家属

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

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 _____

住在家里的成人和儿童人数 _____

每月收入

(为下面列出的每一项填写美元。提供每个人每月的金额。)

申请人劳动收入 _____
申请人配偶的收入 _____
社会保障福利 _____
养老金/退休金收入 _____
残疾保障收入 _____
失业救济金 工伤赔偿金 _____
利息/股息收入 _____

获得的子女抚养费 _____
获得的赡养费 _____
物业出租收入 _____
食品救济券 _____
获得的信托基金分红 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
每月总收入(美元) _____

每月生活开支

按揭贷款/房租 _____
公用事业费用 _____
电话(固话) _____
手机 _____
日杂/食品 _____
有线电视/网络/卫星电视 _____
汽车贷款 _____
子女看护 _____

子女抚养/赡养费 _____
信用卡 _____
医生/医院账单 _____
汽车保险 _____
房屋/财产保险 _____
医疗/健康保险 _____
人寿保险 _____
其他每月开支 _____
每月总开支 \$ _____

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。

申请人签名 _____ 日期 _____

备注 _____