

经济援助申请表

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: _____ 责任方的关系: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 责任方的关系: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 责任方的关系: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 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 \$ _____

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 _____

