

# 经济援助申请表

(除非另有说明, 否则所有空格都必须填写完成)

患者姓名	出生日期	社会安全号码	*家庭人口数目	过去12个月家庭年收入 \$
未成年患者请填写担保人姓名	出生日期	社会安全号码	担保人收入来源	
家庭拥有的交通工具(包括汽车/船只/房车(出厂年份/品牌/型号))  (非必填项)	支票/储蓄账户余额  (非必填项)	拥有的房产及其价值  (非必填项)	定期存款账户/退休金/投资账户余额  (非必填项)	其他资产  (非必填项)
患者住址	家庭电话号码	若收入为\$0, 请勾选一项:		
城市、州、邮政编码	备用电话号码		寄居亲属处	
家庭里年龄未满21岁的儿童数目: _____			寄居朋友处	
			已退休	
			失业	
			残障	
			无家可归	

请阅读后再签字。本人保证上述信息为本人如实填写, 信息真实、准确。本人单独或在医院工作人员的帮助下申请由联邦政府、州政府、地方政府或私人渠道提供的任何或全部援助以支付此医疗费用账单。本人理解, 若本人不配合本人的医疗服务提供方提供必要的信息, 本人请求获得经济援助的申请可能被拒绝。本人特此准许并授权Medicaid计划委派代理人向本人的医疗服务提供方披露与本人Medicaid申请状态相关的所有信息以及在申请未获批准时, 提供未获批准的原因。本人把从上述渠道获得的所有资金指派给本人的医疗服务提供方, 用于帮助支付此医疗费用账单。本人, 代表本人自己及本人直系亲属、授权代表、医生、顾问(含神职人员)、律师, 同意坚持对本人与本人医疗服务提供方之间就相关于本人医疗服务提供方提供给本人的服务的任何书面交流和/或口头交谈内容严格保密。本人理解, 按照规定, 本人提交的信息必须经过本人医疗服务提供方(包括信用报告机构)的核实, 并且接受联邦机构和/或州机构及其他机构的审查。本人授权本人的雇主向本人的医疗服务提供方出具本人的收入证明。本人理解, 若本人提供的信息被证实为虚假信息, 则本人的医疗服务提供方可以重新评估本人的经济状况并采取相应的措施。为了证明具备获得援助的资格, 必须提供至少一份可以证明家庭收入的证明文件。此等证明文件包括但不限于, 最近一年的纳税申报单、最近的W2(工资单)、经过公证的佐证书等。若未提供证明文件, 援助申请可能会被拒绝。医疗服务提供方可以对未付清的余额采取催款措施。[佛罗里达州申请人请注意: 《佛罗里达州法律》s.817.50 (1):任何人若故意或意图通过欺骗获取或企图获取本州任何医院的货物、产品、商品或服务将被定为二级轻罪, 按照 s.775.082 和 s.775-083 的规定给予处罚。]

申请人/担保人签名

填表日期

\*在计算家庭人口数目时, 只计算: 1) 住在家里的血亲; 2) 住在家里姻亲; 和 3) 通过合法收养住在家里的亲属。

Chinese

限由办公人员填写

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
<hr/>				
_____ Manager	_____ Date	_____ Director	_____ Date	