

姓名：		帳號：	
地址：			
市：	州：	郵遞區號：	
電話：		社會安全號碼（後 4 位）：	

家庭資訊：請列出所有家庭成員，包括患者、配偶以及任何未滿 18 歲的親生子女/合法收養子女

名字和姓氏	與患者的關係	年齡/出生日期	服務日期前 3 個月總收入	服務日期前 12 個月總收入
	本人			

如果您沒有收入，您有何生活來源？

您在服務當天是否擁有醫療保險？☐否 ☐是（請在申請時提供保險卡影本）

您家中是否有人擁有支票或儲蓄帳戶？☐否 ☐是（價值 _____）

您家中是否有人擁有其他任何資產？☐否 ☐是（類型/價值： _____）

對於上述**收入/資產**，您必須提供每位家庭成員的以下資訊：

☐ 就業 = 載明服務日期前 3 個月或 12 個月總收入的薪資單

☐ 自僱人士 = 最近一次報稅的完整稅務表格，包括附表 C

☐ 社會安全/退休金/殘障福利 = 最近的福利金核發函

☐ 其他 = 其他任何收入的證明（失業救濟金、股息、利息、租金收入等）

☐ 支票帳戶/儲蓄帳戶 = 每個帳戶最近 30 天的對帳單

簽署此文件即表示：

我確認此申請表上的所有回答均屬實。如果後續審查發現所提供的任何資訊不實，則提供經濟援助的決定可能會被撤銷，並且責任方將被收取費用。我了解所提交的資訊會受到聯邦和/或州政府機構以及其他相關機構的核實和審查。

患者簽名：_____日期：_____

授權代表簽名：_____日期：_____