

# 醫院財務援助申請書-保險金額不足

對本申請作出的任何批准乃屬暫時，在批准日期起 12 個月內有效

醫院： <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants	日期：
患者：	擔保人/配偶：
醫療記錄號碼：	醫療記錄號碼：
出生日期：	社會安全號碼（如有）：
社會安全號碼（如有）：	家庭電話：
家庭電話：	公司電話：
公司電話：	與患者關係：
家庭住址：	地址：
職業和公司：	
公司地址：	
語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 非英語	
族群： <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 無法識別族群	
種族： <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他或多種族 <input type="checkbox"/> 無法識別種族	

**請填寫家中所有成員的以下資訊，患者或擔保人除外。**

姓名和與患者關係：	社會安全號碼（如有）：	出生日期：	醫療記錄號碼：
公司、電話和地址：	家庭住址：		
姓名和與患者關係：	社會安全號碼（如有）：	出生日期：	醫療記錄號碼：
公司、電話和地址：	家庭住址：		
姓名和與患者關係：	社會安全號碼（如有）：	出生日期：	醫療記錄號碼：
公司、電話和地址：	家庭住址：		
姓名和與患者關係：	社會安全號碼（如有）：	出生日期：	醫療記錄號碼：
公司、電話和地址：	家庭住址：		

月收入	數額	資產	數額	月支出/負債	數額
患者薪資和工資		存款		貸款或租金繳付	
配偶薪資和工資		活期存款		當前餘額_____	
擔保人薪資和工資		定期存單 (CD)		房產稅（如未計入貸款款項）	
個體經營收入		貨幣市場賬戶		公共設施： 瓦斯/電力/油品_____	
育兒補貼		儲蓄債券			
租金收入		股票			
失業補償		債券			
暫時失能保險		共同基金			
子女撫養費		個人退休金賬戶 (IRA)			
配偶贍養費		401(k)			
退伍軍人撫恤金		403(b)			
社會安全給付		457 計劃			
股息和利息收益		現金價值人壽保險			
版稅		個人財產			
養老金		第 2 項家庭和出租物業			
公共援助		其他機動車輛			
其他					
月收入：					
年收入：		總計：		總計：	

「本人請求醫院就本人是否有資格獲得財務援助作出裁決。本人知道，此資訊屬保密性質且需要接受醫院核查。本人也明白，如果提供的資訊有誤，則本人的財務援助申請可能被拒，並且需要承擔醫院提供之服務產生的費用。本人特此證明，據本人所知，此申請書中的資訊完整且準確無誤，且本人瞭解申請過程及相關責任。」

患者簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

醫院代表簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

僅供內部目的使用

批准人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

否決人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

保險範圍：\_\_\_\_\_ 醫療援助： 是  否  
與工傷或其他類型事故相關的服務： 是  否

備註：\_\_\_\_\_

家庭人口：\_\_\_\_\_ FPG 水平：\_\_\_\_\_ %FPG：\_\_\_\_\_

折扣 (%)：\_\_\_\_\_ 折扣 (\$)：\_\_\_\_\_

患者責任上限：\_\_\_\_\_