

# 醫院財務援助申請書

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：		
<b>月收入</b>		<b>資產</b>	
患者薪資和工資：	存款：		
配偶薪資和工資：	活期存款：		
擔保人薪資和工資：	定期存單 (CD)：		
個體經營收入：	貨幣市場賬戶：		
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)：		
工傷賠償：	403(b)：		
退伍軍人撫恤金：	457 計劃：		
社會安全給付：	現金價值人壽保險：		
股息和利息收益：	個人財產：		
版稅：	第 2 項家庭和出租物業：		
養老金：	第 2 輛機動車輛：		
公共援助：	<b>總計：</b>		
其他：			
<b>月收入：</b>			
<b>年收入：</b>			

「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：\_\_\_\_\_