**经济补助申请**

患者帐号： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 医疗记录号： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

姓氏 名字 姓名首字母 月 日 年

地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_电话号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

门牌号、街道、单元号# 城市 州/省 邮编

雇主名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 雇主地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职业：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子邮件地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

收入：请列出您、您的配偶和所有其他家庭成员的综合收入：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **每月总收入来源** | **患者收入** | **配偶收入** |
| 就业工资/自雇 |  |  |
| 失业补偿金 |  |  |
| 社保福利 |  |  |
| 养老金 |  |  |
| 残疾/工人赔偿 |  |  |
| 赡养费/儿童抚养费 |  |  |
| 股息/利息/租金 |  |  |
| 所有其他收入 |  |  |
| **总计** |  |  |

作为提供经济援助的条件，您需要提交收入/财产证明：即：
1) 工资单
2) 其他证明家庭收入的必要文件

家庭人数： \_\_\_\_\_\_\_ 请列出居住在您家中的家庭成员

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名** | **年龄** | **关系** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

\*注意：如果需要额外的空间，请另附一张纸

本人在此理解，本人提交的有关本人的总收入和家庭人数的信息需要经过医院核实。本人也明白，如果本人提交的信息经确定为虚假信息，将会导致本人的经济补助申请被拒绝，并且本人将对所提供服务的所有费用负责。如果收到基于相同信息的批准，则资格认定将被撤销；并且，本人将负责所提供的所有服务的所有费用。

本人确认，据本人所知，上述信息真实、完整和正确。此外，本人特此允许布鲁克代尔医院医疗中心核实与本申请有关的任何信息。

申请者签名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

印刷体姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果您在填写此申请表时有任何疑问或需要帮助，请致电 (718) 240 - 5240 联系财务办公室。

如果您收到医院的账单，请在此打钩：\_\_\_\_ 在医院对申请做出决定之前，您可以忽略任何账单。

请将填妥的表格和附件发送至：Financial Investigations Office - 4th Floor- Snapper Building