

患者姓名: _____ MRN: _____

患者名字: _____ 姓氏: _____ 中间名缩写: _____
 街道地址: _____
 市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 县: _____
 户主姓名 (如适用): _____ 与患者关系: _____
 患者家庭电话: _____ 患者移动电话: _____
 患者工作电话: _____ 患者电子邮件: _____
 请确定以上地址。请改正, 如需要。

家庭成员*

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请包含社会保险号码以及关系。

姓名 全名 - 名字、中间名、姓氏	出生日期	社会保险号码	与申请者 关系	申请 如果是, 请勾选
			自己	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

与申请者关系应为申请者与家庭成员关系, 而不是申请者与保证人的关系。
 例如, 妻子、丈夫、女儿、儿子、母亲、父亲、继子、继女、表亲等。

*如家庭成员不止是上面所列人员, 请参阅最后一页的扩展内容

家庭收入*

如果您或家庭中任何人接受以下类型收入中的任何一种, 请说明:

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 工资/薪水 | <input type="checkbox"/> 赡养费 | <input type="checkbox"/> 退伍军人福利 |
| <input type="checkbox"/> 个体经营 | <input type="checkbox"/> 失业补偿金 | <input type="checkbox"/> 残障/伤残抚恤金 |
| <input type="checkbox"/> 社会保险 | <input type="checkbox"/> 退休金 | <input type="checkbox"/> 工伤赔偿 |
| <input type="checkbox"/> 子女抚养费 | <input type="checkbox"/> 房地产/出租物业收入 | <input type="checkbox"/> 学生 I-20 |
| | | <input type="checkbox"/> 其他 |

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型 提供雇主姓名, 如适用。	金额	周期 选择一项。	开始日期	结束日期 (如适用)
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		

*如果家庭收入超过以上所列, 请参阅最后一页的扩展内容

对于所有接受的家庭收入, 您必须提供过去 30 天的支持性文件以完成此申请。(例如, 纳税申报单、工资单、批准书、个体经营计划书、子女抚养费声明等。)

我的家庭没有任何劳动所得或非劳动所得收入。

患者姓名: _____ MRN: _____

资产/资源*

如果您或家庭中任何人接受以下类型资源中的任何一种, 请说明:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 活期存款 | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> 共有基金 |
| <input type="checkbox"/> 储蓄账户 | <input type="checkbox"/> 养老金 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 货币市场账户 | <input type="checkbox"/> 债券 | |

请针对所有指明的资产/资源提供以下信息:

家庭成员	类型	账号	金额

*如果资产/资源比上面列出的更多, 请参阅最后一页的扩展内容

对于所示的所有资产/资源, 您必须提供过去 30 天的证明。

 我的家庭没有任何需要申报的资产或资源。

其他信息*

请回答以下问题。

 患者是否拥有美国的永久居住卡? 是 否

 该家庭目前是否有政府援助? 是 否 如果是, 请提供以下信息:

保险公司名称以及 ID 号码: _____

 在过去的 12 个月里, 患者是否已申请了政府援助? 是 否

 如果是, 您是否被拒绝承保 是 否

 请随附批准/被拒绝的 PA-162 文书。(从宾夕法尼亚州福利部领取)

 患者是否有医疗保险? 如果您接受医疗保险, 请通知福利部门。医疗保险始终优先于经济资助。 是 否 如果是, 请提供以下信息:

保险公司名称以及 ID 号码: _____

投保人姓名: _____ 出生日期: ____/____/____

*如果需要注意的信息比上面列出的更多, 请参阅最后一页的扩展内容

 患者是否有资格加入以下任一计划? 是 否

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 学童午餐补助计划 | <input type="checkbox"/> 低收入住房援助计划 |
| <input type="checkbox"/> 国家资助处方药计划 | <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> 食品救济券 |

若符合以上任一计划, 请提供证明资格的文件。

签名

我确认, 上述信息为据我所知的真实、完整和正确的信息:

申请者签名: _____ 日期: _____

或

授权代表签名: _____ 日期: _____

授权代表姓名: _____ 与申请者关系: _____

授权代表电话号码: _____ 移动电话号码: _____

患者姓名: _____ MRN: _____

家庭成员 (续)

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请包含社会保险号码以及关系, 如知道。

姓名 全名 - 名字、中间名、姓氏	出生日期	社会保险号码	与申请者关系	申请 如果是, 请勾选
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

与申请者关系应为申请者与家庭成员关系, 而不是申请者与保证人的关系。
例如, 妻子、丈夫、女儿、儿子、母亲、父亲、继子、继女、表亲等。

家庭收入 (续)

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型 提供雇主姓名, 如适用。	金额	周期 选择一项。	开始日期	结束日期 (如适用)
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		

对于所有接受的家庭收入, 您必须提供过去 30 天的支持性文件以完成此申请。(例如, 纳税申报单、工资单、批准书、个体经营计划书、子女抚养费声明等。)

资产/资源 (续)

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型	账号	金额

对于所示的所有资产/资源, 您必须提供过去 30 天的证明。

其他信息 (续)

请回答以下问题。

患者是否有任何其它医疗保险? 如果您接受医疗保险, 请通知福利部门。医疗保险始终优先于经济资助。 是 否 如果是, 请提供以下信息:

保险公司名称以及 ID 号码: _____

投保人姓名: _____ 出生日期: ____/____/____