



P.O. Box 40010, Mobile, AL 36640 • 251-434-3505

經濟援助申請表

患者資訊

患者姓名:	姓氏 名字 中間名縮寫	帳號:	
地址:	街道地址 公寓/單元號 城市 州 郵遞區號	機構名稱:	
		電話:	()
出生日期:	社會保障號 (SSN)	婚姻狀況:	

擔保人資訊（如與患者不同）

擔保人姓名:	姓氏 名字 中間名縮寫	社會保障號 (SSN)	
地址:	街道地址 公寓/單元號 城市 州 郵遞區號	出生日期:	
		電話:	()
婚姻狀況:		與患者的關係:	

患者/擔保人配偶資訊（如適用）

配偶姓名:	姓氏 名字 中間名縮寫	社會保障號 (SSN)	
地址:		出生日期:	

街道地址	公寓/單元號	電話:	()
城市	州	郵遞區號	

家庭資訊

家庭成員姓名和年齡:

姓名:	年齡	關係	您報稅時是否將此人列為受撫養人?

就業收入

必須提供一個月的薪資單、有公司抬頭的雇主證明信、簽署並註明日期或最近提交的所得稅申報表。

患者/擔保人

雇主 1:		職稱:	
地址:		電話:	
總收入:	每月	淨收入:	
雇主 2:		職稱:	
地址:		電話:	
總收入:	每月	淨收入:	

患者/擔保人配偶

雇主 1:		職稱:	
地址:		電話:	
總收入:	每月	淨收入:	
雇主 2:		職稱:	
地址:		電話:	
總收入:	每月	淨收入:	

其他收入

過去 30 天的月總收入。如有特定欄位無需報告收入，請輸入 0。
必須提供支持所報告收入的對帳單。

	患者/擔保人 每月金額	配偶 每月金額	所需文件
社會保障金			授予信/證書副本、美國社會保障署信函或銀行帳戶對帳單副本（如有社會保障金直接存款）。
失業補償金			授予信/證書副本、勞工部每月福利對帳單或顯示直接存款的銀行對帳單副本（如有補償金直接存款）。
殘障補助金			授予信/證書副本、社會保障署信函或年度福利信副本。
勞工賠償			授予信、支票存根副本或顯示直接存款的銀行帳戶對帳單副本（如有補償金直接存款）。
贍養費/子女扶養費			顯示判決贍養費金額的離婚判決書副本、收到的支票副本或銀行帳戶對帳單副本（如有扶養費直接存款）。
退休金			收到的支票副本、授予信（如有）或銀行帳戶對帳單副本（如果付款直接存款）。
退伍軍人福利			收到的支票副本、退伍軍人事務部授予信（如有）或銀行帳戶對帳單副本（如有福利直接存款）。
公共援助			註明每月領取金額的社會服務部接受信副本。
額外就業薪資			收到的支票副本或顯示收到收入的銀行對帳單副本（如有直接存款）。
其他收入			註明非工資收入金額的信函或收到的支票副本（如有）。

金融資產

患者/擔保人和患者/擔保人配偶的流動資產帳戶餘額。
每個帳戶都需提供支持所報告資產資訊的銀行對帳單。

	患者/擔保人餘額	配偶餘額	總餘額
現金			
支票帳戶（包括聯名帳戶）			
儲蓄帳戶（包括聯名帳戶）			
投資帳戶			
股票/債券			
信託基金			
貨幣市場帳戶			
共同基金			
其他			

免責聲明和簽名

本人保證，據本人所知，以上資訊都真實準確。此外，本人將申請任何可用於支付本人醫院費用的援助（聯邦醫療補助 (Medicaid)、聯邦醫療保險 (Medicare)、保險等）。本人將採取一切合理必要的行動獲得此類援助，並將所得醫院費用付款轉讓或支付給醫院。

本人確知，提出此申請是為了讓醫院判斷本人是否有資格獲得經濟援助。美國健康 (USA Health) 保留權利，可向信用機構及其認為適當的任何其他個人或債權人核實所有提供的資訊。如果本人提供的任何資訊證明不屬實，本人確知，醫院可能重新評估本人的財務狀況並採取適當的行動。

申請人簽名

日期：

資格認定・辦公室專用

患者符合條件

是 ☐ 否 ☐

申請人的經濟援助請求因以下原因遭拒：

認定日期：

通知申請人的日期：

醫院代表簽名：

日期：