

# 經濟援助申請表



## 患者資訊

(請以印刷體書寫，並且所有欄位都必須填寫。在不適用的任何個別行，則填入 N/A)

日期 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_

姓名 (名字及姓氏) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 社會保險號碼 (選填) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 就業狀況 \_\_\_\_\_

**責任方資訊/法律監護人資訊** \_\_\_\_\_ 雇主電話號碼 \_\_\_\_\_

(如果以上患者與負責方相同，則將此部分留空。)

姓名 (名字及姓氏) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 社會保險號碼 (選填) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 就業狀況 \_\_\_\_\_

**責任方配偶資訊** \_\_\_\_\_ 雇主電話號碼 \_\_\_\_\_

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名 (名字及姓氏) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 社會保險號碼 (選填) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 就業狀況 \_\_\_\_\_

**責任方的家屬** \_\_\_\_\_ 雇主電話號碼 \_\_\_\_\_

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名 \_\_\_\_\_ 生日 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 生日 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 生日 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 生日 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

居住在家庭中的成人及兒童人數 \_\_\_\_\_

**月收入**

(為以下列出的每個項目填入美元金額。提供每月金額。)

申請人的收入 \_\_\_\_\_  
申請人配偶的收入 \_\_\_\_\_  
社會保險福利 \_\_\_\_\_  
退休金/退休收入 \_\_\_\_\_  
殘障收入 \_\_\_\_\_  
失業救濟金 \_\_\_\_\_  
工人補償金 \_\_\_\_\_  
利息/股息收入 \_\_\_\_\_

收到的子女撫養費 \_\_\_\_\_  
收到的贍養費 \_\_\_\_\_  
出租不動產收入 \_\_\_\_\_  
食物券 \_\_\_\_\_  
收到的信託基金配息 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
**每月總收入總額 \$** \_\_\_\_\_

**每月生活開支**

抵押/租金 \_\_\_\_\_  
公用支出 \_\_\_\_\_  
電話 (室內) \_\_\_\_\_  
手機 \_\_\_\_\_  
雜貨/食品 \_\_\_\_\_  
有線/網路/衛星電視 \_\_\_\_\_  
汽車支出 \_\_\_\_\_  
育兒 \_\_\_\_\_

兒童撫養費/贍養費 \_\_\_\_\_  
信用卡 \_\_\_\_\_  
醫師/醫院帳單 \_\_\_\_\_  
汽車/汽車保險 \_\_\_\_\_  
房屋/不動產保險 \_\_\_\_\_  
醫療/健康保險 \_\_\_\_\_  
人壽保險 \_\_\_\_\_  
其他每月支出 \_\_\_\_\_

**資產**

**每月總支出 \$** \_\_\_\_\_

現金/儲蓄/支票帳戶 \_\_\_\_\_  
股票/債券/投資/存託憑證 \_\_\_\_\_  
其他房地產/第二住所 \_\_\_\_\_  
船舶/房車/摩托車/休旅車 \_\_\_\_\_  
收藏車/非必要汽車 \_\_\_\_\_  
其他資產 \_\_\_\_\_

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院可從外部信用報告機構獲取資訊，前提是醫院認為有必要。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

註解 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_