

患者姓名 (姓氏、名字、中间名缩写)

社会安全号码

患者地址

城市

州

邮政编码

 婚姻状况: 已婚 未婚 丧偶
 分居 离异

出生日期 (年/月/日)

电话号码

配偶姓名

 在职 是 否

 在职 是 否

 患者
雇主

配偶雇主

电话号码

电话号码

您的家庭存在未付余额的其他 Baylor Scott & White Health 账户 (请列出患者的姓名、出生日期和机构名称)

**** 如果失业, 请列出上一雇主的姓名和电话号码****
A. 收入: 请提供以下每位家庭成员的收入。

 患者 全职 兼职 - 小时/周 = _____
 \$ _____ 小时 周 双周 月 年

\$ _____ 其他收入

 配偶 全职 兼职 - 小时/周 = _____
 \$ _____ 小时 周 双周 月 年

\$ _____ 其他收入

家庭总收入 \$ _____

(仅患者为未成年人时才填写此项 (否则请留空))

 患者父亲 全职 兼职 - 小时/周 = _____
 \$ _____ 小时 周 双周 月 年

\$ _____ 其他收入

 患者母亲 全职 兼职 - 小时/周 = _____
 \$ _____ 小时 周 双周 月 年

\$ _____ 其他收入

家庭总收入 \$ _____

B. 收入证明: 请提供所有家庭收入来源的证明 (只需寄送副本, 无需原始文件) (可接受的文件如下所示)。勾选随附文件:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 工资汇款单 | <input type="checkbox"/> 雇主证明 | <input type="checkbox"/> 信用调查 (由 BSWH 填写) |
| <input type="checkbox"/> 国税局 W-2 表 | <input type="checkbox"/> 纳税申报表 | <input type="checkbox"/> 政府援助 (食品券、CDIC、Medicaid、TANF) |
| <input type="checkbox"/> 银行对账单 | <input type="checkbox"/> 其他 (见下文) | <input type="checkbox"/> 社会安全福利金、工伤赔偿金或失业补助确认函 |

如果您无法提供上述任一收入来源证明文件, 请说明原因:

C. 家庭成员: 请提供患者的家庭成员总数。

(此数量应仅包括患者、患者配偶及其抚养的家属)

D. 资产和其他经济来源:

 您是否拥有任何资产或其他可用的经济来源? 是 否 如果是, 目前可用的金额为: \$ _____
 (例如储蓄账户、信托基金、股票、债券、退休金帐户、共同基金等)

 您是否投保医疗保险? 是 否 如果是, 请列出提供者名称: _____

 您是否有健康储蓄账户或灵活支出帐户? 是 否 如果是, 目前可用的金额为: \$ _____

本人理解 Baylor Scott & White Health (简称“BSWH”) 得以核实本经济援助申请表 (简称“申请表”) 中包含的并且与 BSWH 进行申请评估相关的财务信息, 特此签字授权本人的雇主或此申请表中所列的任何个人就申请所载的信息提供证明或其他详情。本人亦授权 BSWH 向信用报告机构和社会安全局索取相关报告。本人兹保证据本人所知所信, 本申请表中所作的各项声明均真实无误、诚恳由衷。本人明白在本申请表中伪造或虚报信息可能会导致经济援助申请被拒。

本人亦知晓有些医生和提供者可能不是 BSWH 的员工, 因此可能会收到他们开具的单独账单, 并且本经济援助申请对此类欠款不适用。

患者或责任方签名

正楷姓名

日期

For Hospital Use Only
 Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative

Date

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:
 Patient is part of community care program

Program Name _____