

財務資訊表 / 財務援助申請

如果您在填寫此表格時需要協助，或有任何疑問，請致電 281-243-1073

患者姓名：	電話號碼：
患者街道地址：	城市、州、郵政編碼：
帳戶號碼：	服務日期：

說明： 必須回答所有問題。如果某個問題不適用，請在橫線上寫 N/A。

隨附一份含照片的身份證明影印件（例如：州頒發的駕駛證或含照片的護照等）*

附上最新的所得稅申報表影印件或

附上以下收入證明之一的影印件：

<input type="checkbox"/> 最近的 2 份薪資單、	<input type="checkbox"/> 社會保障支票或授予書
<input type="checkbox"/> 失業救濟金確認書	<input type="checkbox"/> 來自僱主的信函註明員工姓名、職業、時薪和工作時數

*若沒有帶照片的證件，可使用證明身份的其他文件。如需幫助，請撥打上面的電話號碼。

*****若無支持文件，則不視為完整的申請書。*****

身份：	<input type="checkbox"/> 德克薩斯州永久居民	<input type="checkbox"/> 合法居民	<input type="checkbox"/> 移民簽證	<input type="checkbox"/> 非移民簽證	
婚姻狀況（勾選一項）：	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 單身	<input type="checkbox"/> 已離婚	<input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 其他 _____

不滿 18 歲的子女和其他家庭成員（如需要，接下頁）					
全名	出生日期	贍養關係（勾選一項）			
		子女	繼子女	監護人	成人/老人

就業情況摘要	
患者	配偶
僱主	僱主
職業	職業
就業狀況（勾選一項）	就業狀況（勾選一項）
<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位

家庭月收入		家庭每月開支 (不適用於 FAA)	
患者	\$ _____ /月	住房	_____ 自有/貸款 _____ 租金
配偶	\$ _____ /月	房款	\$ _____ /月
贍養費	\$ _____ /月	公用設施費用（電、水）	\$ _____ /月
失業	\$ _____ /月	汽車 1	\$ _____ /月
子女撫養費	\$ _____ /月	汽車 2	\$ _____ /月
撫恤金	\$ _____ /月	汽油	\$ _____ /月
工傷補償	\$ _____ /月	保險	\$ _____ /月
信託基金	\$ _____ /月	電視 / 網線 / 電話	\$ _____ /月
其他	\$ _____ /月	食品	\$ _____ /月
收入總額	\$ _____ /月	開支總額	\$ _____ /月

銀行帳戶/其他資產（必須回答所有 3 個問題）： （不適用於 FAA）

支票存款帳戶？(圈選一項)	是	否	當前餘額	\$ _____
儲蓄帳戶？(圈選一項)	是	否	當前餘額	\$ _____
其他財產？(圈選一項)	是	否	當前價值	\$ _____

若回答「是」，請說明： _____

財務資訊表 / 財務援助申請

患者姓名：

- * 本人根據偽證處罰法特此證明，據本人所知及本人給出的回答均真實準確。
- * 本人提供的資訊反映家庭收入和支出。
- * 該資訊和信用報告及其他公開資訊可由 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 用於制定付款計劃及/或啟動財務援助申請及/或確定本人獲得各種計劃、保險或援助的資格。
- * 本人同意 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 從各個來源獲取相關資訊，以驗證本人所作的聲明。
- * 若您提供的資訊不完整，或不足以用於確定您是否有資格獲得財務援助，或若您不符合資格條件，您將收到 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 的書面通信。若您有資格獲得財務援助，您也將收到書面通知。
- * 申請財務援助的患者可能有資格從當地、州或聯邦計劃中獲得資助。在確定是否有資格獲得財務援助前，患者應申請此類計劃。Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony 將為申請此類計劃的個人提供幫助。未能申請此類計劃可能會對患者的財務援助申請產生不利影響。
- * 本人聲明，本人已申請所有可能的保險，包括 Medicaid、Crime Victims、Health Exchange Insurance 和所有其他當地、州或聯邦保險。
- * 本人明白，若本人沒有資格獲得財務援助，本人將承擔全部照護費用。

患者/擔保人簽名

日期

填妥申請表後，請將該申請表以及所有輔助文件郵寄至：

Patient Business Office
16906 Southwest Freeway
Sugar Land, Texas 77479
Attention: Financial Assistance

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

見背面



見背面