



姓名: _____ 病历编号: _____ 接纳医院编号: _H_____

致经济补助申请人:

以下是一份《经济补助申请表》。请填妥本表并将本表连同下面要求提供的与您特定财务状况有关的任何证明文件寄回在第三页底部列出的地址。

如果您有有效的医疗补助

A) 那么请在此处写下您的医疗补助号码 ▶

B) 附上您医疗补助卡的复印件。

收入证明 (请包括适用的各项)

社会保障:

- 社会保障授予书或社会保障年度福利报表的复印件
- 您最近社会保障支票的复印件

退伍军人福利:

- 授予书或福利报表的复印件
- 最近福利支票的复印件

养老金:

- 养老金福利报表的复印件
- 最近养老金支票的复印件

需要的额外验证

(最近一次报表或如下其他证明的复印件)

收入/资产:

- 存款证明
- 401K、403B、基奥(Keogh)计划、个人退休金账户(IRA)和其他退休账户
- 年金
- 人寿保险单的现金价值
- 信托
- 经纪账户
- 股息/利息收入
- 子女抚养费
- 赡养费
- 股票、债券和/或共同基金
- 其他投资

负债/费用:

- 您最近抵押贷款或租金支付凭证的复印件
- 已付保险费(房屋保险、汽车保险等)的复印件
- 医疗费用和/或处方费用的复印件
- 由您支付的其他债务/费用的复印件
- 所有银行账户的最新银行对账单的复印件

联邦和州所得税申报表:

- 您最近联邦和州所得税申报表(包括所有适用的附表)的一份完整复印件

其他相关财务数据:

- 破产申请书、财产清算书等的复印件

如果您无法提供上述任何一项的复印件,那么请致函解释未能附上所需资料的具体原因。根据个别情况,可能要求您提供更多信息。

如果您对附件有任何疑问,那么请致电410-938-3370与我们联系。此致

患者客户代表

附件

沙本普拉特健康系统
Sheppard Pratt Physicians, P.A.
经济补助申请表

有关您的信息

姓名 _____
名字 中间名 姓氏

社会保障号码 _____ - _____ - _____ 婚姻状况 单身 已婚 分居
 丧偶 离婚

美国公民 是 否 永久居民 是 否

家庭住址 _____ 电话 _____
_____ 国家 _____
_____ 城市 州 邮编

工作单位名称 _____ 电话 _____

工作地址 _____
_____ 城市 州 邮编

家庭成员

姓名	年龄	关系
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

您是否申请过医疗补助? 是 否 如是, 您的申请日期是什么? _____

如是, 决定是什么? _____

您是否接受任何类型的州或县补助? 是 否

患者客户 - FA代表
沙本普拉特健康系统(Sheppard
Pratt Health System)
Sheppard Pratt Physicians, P.A.
6501 North Charles Street
Baltimore, MD 21204

姓名 _____

名字

中间名

姓氏

一、家庭收入——请列出您每月从各种渠道获得的收入。您可能需要提供收入、资产和支出的证明。如果您没有收入，那么请提供为您提供住房和膳食的人出具的支持函。

每月金额

就业	.....	_____
退休/养老福利	.....	_____
社会保障福利	.....	_____
残疾人津贴	.....	_____
失业津贴	.....	_____
退伍军人福利	.....	_____
赡养费	.....	_____
物业出租收入	.....	_____
罢工津贴	.....	_____
军事分配	.....	_____
农场或自雇	.....	_____
其他收入来源	.....	_____
	合计	_____

二、流动资产

当前余额

支票账户	.....	_____
储蓄账户	.....	_____
股票、债券、活期存款或货币市场	.....	_____
其他账户	.....	_____
	合计	_____

III. 其他资产——如果您拥有下列任何一项，那么请列出类型和估值。

房屋	贷款余额	_____	估值	_____
汽车	厂商	_____	年份	_____
额外车辆	厂商	_____	年份	_____
额外车辆	厂商	_____	年份	_____
其他财产			估值	_____
			合计	_____

IV. 每月支出

金额

房租或房贷	.....	_____
公用事业费	.....	_____
汽车款项	.....	_____
信用卡	.....	_____
汽车保险	.....	_____
健康保险	.....	_____
其他医疗支出	.....	_____
其他支出	.....	_____

您是否有任何其他未付的医疗账单？ 是 否

合计 _____

什么服务的账单？ _____

如果您已经安排了付款计划，那么每月余额是多少？ _____

如果您要求医院提供额外的经济补助，那么医院可能要求您提供额外的信息以便做出补充决定。签署本表意味着您声明您所提供的信息是真实的，并同意在您所提供的信息的任何变更后十天内将此变更告知医院。

申请人签名

与患者的关系

日期