財務援助申請表

第一部份：患者資訊
請以正體書寫您的全名、您接受醫療服務時的地址以及本部分中註明的其他資訊。

帳號 _____ 服務日期 _____

患者姓名：_____
姓氏　　名字　　中間名首字母

地址：_____ 城市：____/_____/_____ 縣：_____
號碼和街道

居住地州別：_____ 郵遞區號：_____ 出生日期：____/_____/_____ 婚姻狀況：　單身　已婚　離婚

主要電話號碼：(_____) _____　住家　手機　工作　其他 _____

電子郵箱：_____

服務日期時的健康保險：　無保險　Medicare　Medicaid　其他 _____

第二部份：家庭收入 和資產
請提供您自己、您的配偶和所有其他家庭成員（如果適用）的收入。

收入來源	服務前 3 個月的總計	服務前 12 個月的總計
薪資/自僱	$	$
社會安全津貼	$	$
養老金、股息、利息、租金收入	$	$
失業救濟金、工傷賠償	$	$
子女撫養費（僅當患者是預期的接受者時）	$	$
其它	$	$

截至申請日期的總淨資產（資產 - 債務）：$_____

第三部份：家庭資訊和收入
請列出您家中的所有家庭成員及其出生日期。

請為住在您家中的所有直系親屬提供下列資訊。在 HCAP 涉及的範圍中，家庭被定義為患者、患者的配偶以及患者家中所有 18 歲以下的子女（親生或領養）。如果患者未滿 18 歲，家庭成員包括患者、患者的親生父母或養父母以及住在患者家中的 18 歲以下（親生或收養）子女。

家庭成員姓名，包括患者　　出生日期　　與患者的關係

1. 患者：_____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

透過在下方簽屬，本人證明本人在此申請表和任何附件中陳述的一切皆為真實的。

責任方簽名：x _____ 日期：_____

請將填妥的申請表交回至：**Select Specialty Hospital - San Diego**

225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011　(888) 868-1103
電子郵箱：IPCS@selectmedical.com　傳真：(717) 980-2509

版本2021 年 5 月 1 日