经济援助申请表

第一部分：患者信息
正楷书写您的全名，以及您获得此部分所述的医疗服务和其他信息时的地址。

账户号 _____ 服务日期 _____

患者姓名：_____
姓氏 名字 中间名

地址：_____ 城市：_____ 县：_____
街道和门牌号

居住地：_____ 邮编：_____ 出生日期：____/____/____ 婚姻状态：☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离异

主要电话号码：(_____)_____ ☐ 家用电话 ☐ 手机 ☐ 工作电话 ☐ 其他 _____

电子邮件地址：_____

获取服务之日参保的医疗保险：☐ 未参保 ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ 其他 _____

第二部分：家庭收入和资产
提供您自己、您的配偶及所有其他家人（如果适用）的收入。

收入来源	服务前 3 个月总计	服务前 12 个月总计
工资/自雇	$	$
社会保障	$	$
养老金、股息、利息、租金收入	$	$
失业、工伤赔偿	$	$
子女赡养（仅在患者为预定收受者时）	$	$
其他	$	$

总净资产（资产-负债）截至申请之日：$_____

第三部分：家庭信息和收入
列出您家的所有家庭成员及其出生日期。

请提供同住的所有直系亲属的以下信息。为便于理解 HCAP，家人定义为患者、患者的配偶以及住在患者家中的未满 18 岁子女（亲生或收养）。如果患者未满 18 岁，则家人包括患者、患者亲生父母或养父母，以及住在患者家中的患者父母的未满 18 岁子女（亲生或收养）。

家人姓名，包括患者 出生日期 与患者的关系

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

以下签名证明我在此申请表及任何附件上的陈述皆真实。

负责方签名：x _____ 日期：_____

将完成的申请表寄回：**Select Specialty Hospital - Nashville**
225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011 (888) 868-1103
电子邮件：IPCS@selectmedical.com 传真：(717) 980-2509