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：_____市：_____郡/县：_____
街道和门牌号

居住州：_____邮政编码：_____出生日期：____/____/____婚姻状况 ☐单身 ☐已婚 ☐离异

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

电子邮箱：_____

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

在下方签名即证明本人在此申请表及附件上的陈述皆是真实的。

负责方签名：x_____日期：_____

将填妥的申请表寄回：Inova Specialty Hospital
225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011　(888) 868-1103
电子邮件：IPCS@selectmedical.com　传真：(717) 980-2509