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。

帐号_____ 服务日期 _____

患者姓名：_____
姓 名 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: (_____) _____ ☐ 住宅 ☐ 手机 ☐ 办公 ☐ 其他 _____

电子邮箱：_____

获取服务之日参保的医疗保险：☐ 无保险 ☐ 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	$	$

截止于申请日期的净资产总计（资产减去负债）：$ _____

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。

请提供住在您家的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，则家人将包括患者、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. _____	_____	_____

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：**选择专科医院 - Gainesville**
1600 SW Archer Road, 5th Floor Gainesville FL 32610 (352) 265-0055