

財務資訊表 / 財務援助申請

如果您在填寫此表格時需要協助，或有任何疑問，請撥打 281.312.4012 或 281.312.4000 -- 按5

患者姓名：	電話號碼：
患者街道地址：	城市、州、郵編：
賬戶號碼：	服務日期：

說明： 必須回答所有問題。如果某個問題不適用，請在橫線上寫上N/A。
 隨附一份含照片的身份證明影印件（例如：州頒發的駕駛證或含照片的護照等）*
 附上最新的所得稅申報表影印件或
 附上以下收入證明之一的影印件：
 最近的2份工資單 社會保障支票或授予書
 失業救濟金確認書 來自僱主的註明員工姓名、職業、時薪和工作時數的信函

* 若沒有帶照片的證件，可使用證明身份的其他文件。
如需幫助，請撥打上面的電話號碼。

*** 若無支持文件，則不視為完整的申請書。***

身份：	<input type="checkbox"/> 德克薩斯州永久居民	<input type="checkbox"/> 合法居民	<input type="checkbox"/> 移民簽證	<input type="checkbox"/> 非移民簽證
婚姻狀況（勾選一項）：	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 單身	<input type="checkbox"/> 已離婚	
	<input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 其他		

不滿18歲的子女和其他家庭成員（如需要，接下頁）					
全名	出生日期	親屬關係（勾選一項）			
		子女	繼子女	監護人	成人/老人

就業情況摘要	
患者	配偶
僱主	僱主
職業	職業
就業狀況（勾選一項） <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位	就業狀況（勾選一項） <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位

家庭月收入		家庭每月開支（對FAA不適用）	
患者	\$ _____ /月	住房： _____ 自有/貸款 _____ 租金	
配偶	\$ _____ /月	房款	\$ _____ /月
贍養費	\$ _____ /月	公用事業費用（電、水）	\$ _____ /月
失業	\$ _____ /月	汽車（第1輛）	\$ _____ /月
子女撫養費	\$ _____ /月	汽車（第2輛）	\$ _____ /月
撫恤金	\$ _____ /月	汽油	\$ _____ /月
工傷補償	\$ _____ /月	保險	\$ _____ /月
信託基金	\$ _____ /月	電視 / 網線 / 電話	\$ _____ /月
其他	\$ _____ /月	食物	\$ _____ /月
收入總額	\$ _____ /月	開支總額	\$ _____ /月

銀行賬戶/其他資產（必須回答所有3個問題）：				（對FAA不適用）	
支票賬戶？（圈出一項）	是	否	當前餘額	\$ _____	
儲蓄賬戶？（圈出一項）	是	否	當前餘額	\$ _____	
其他財產？（圈出一項）	是	否	當前價值	\$ _____	
若回答「是」，請說明： _____					

患者姓名：

- * 本人根據偽證處罰法特此證明，據本人所知，本人給出的回答均真實準確。
- * 本人提供的資訊反映了家庭收入和支出。
- * 該資訊和信用報告及其他公開資訊可由Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood用於制定付款計劃和/或啟動財務援助申請和/或確定本人獲得各種計劃、保險或援助的資格。
- * 本人同意Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood從各個來源獲取相關資訊，以驗證本人所作的聲明。
- * 若您提供的資訊不完整，或不足以用於確定您是否有資格獲得財務援助，或若您不滿足資格條件，您將收到來自Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood的書面通信。若您有資格獲得財務援助，您也將收到書面通知。
- * 申請財務援助的患者可能有資格從當地、州或聯邦計劃中獲得資助。在確定是否有資格獲得財務援助前，患者應申請此類計劃。Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood將為申請此類計劃的個人提供幫助。未能申請此類計劃可能會對患者的財務援助申請產生不利影響。
- * 本人聲明，本人已申請所有可能的保險，包括Medicaid、Crime Victims、Health Exchange Insurance和所有其他當地、州或聯邦保險。
- * 本人明白，若本人沒有資格獲得財務援助，本人將承擔全部護理費用。

患者/擔保人簽名

日期：

填妥申請表後，請將該申請表以及所有輔助文件郵寄至：

**Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature

Title

Date

見背面



見背面