

请完整填写所有信息。如果此项不适用,请填写“NA”。如有需要,请附加页面。*

资格筛查信息

您是否需要口译服务? 是 否 如果是,请列出首选语言:

患者是否已申请医疗补助? 是 否

患者是否接受州政府提供的公共服务,如 TANF(临时援助贫困家庭计划)、基本食品补助或 WIC(妇女、婴儿和儿童营养补充计划)? 是 否

患者目前是否无家可归? 是 否

患者的医疗服务需求是否与车祸或工伤有关? 是 否

请注意

- 即使您申请了经济援助,我们也无法保证您一定符合资格。
- 一旦提交申请,我们将核实所有信息,并可能要求提供更多收入证明。
- 我们将在收到您填妥的申请表和相关文件后的 14 个日历日内通知您是否符合申请条件。

患者及申请人信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他(请具体说明 _____)	出生日期	账户编号
账单付款责任人	与患者的关系	出生日期
邮寄地址	社会保障号码(可选)	
_____	主要联系电话 () _____ () _____	
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____	电子邮箱: _____	
账单付款责任人的就业状况		
<input type="checkbox"/> 在职(入职日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业(失业时长: _____)		
<input type="checkbox"/> 自雇人士 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/>		

家庭信息

请列出您的所有家庭成员(包括您本人)。“家庭成员”包括因血缘、婚姻或收养关系而共同生活的人员。

家庭人口总数 _____ (如有需要,请附加页面)

姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满18周岁:就业单位或收入来源	如果年满18周岁:月总收入(税前):	是否同时申请经济援助?
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

经济援助申请表(保密)

(续)

收入信息

温馨提示: 申请时请务必提供收入证明。

您必须提供家庭目前的收入信息。收入来源包括但不限于:

- 工资 - 失业救济金 - 自雇收入 - 工伤赔偿金 - 残疾津贴 - 补充保障收入 (SSI) - 子女/配偶赡养费。
- 学生勤工助学项目 - 养老金 - 退休账户分配 - 其他(请说明 _____)

确定是否提供经济援助时需要核实收入信息。

所有年满18周岁的家庭成员都必须申报其当前收入。如果无法提供证明文件, 可提交一份书面签字声明, 说明您的收入情况。请提供每一项已查明收入来源的证明文件。

收入证明的示例包括:

- 当前的“W-2”预扣税报表; 或
- 当前工资单(3个月); 或
- 最近一次所得税申报表(包括适用的计划表); 或
- 就业单位或其他人士出具的书面签字声明; 或
- 失业救济资格批准或拒绝通知。

请提供上述任一能够真实反映您最新收入情况的证明材料。如果没有收入证明或收入为零, 请另附一页说明。

补充信息

如果还有其他关于当前经济状况的信息希望我们了解(如经济困难、季节性或临时性收入或个人损失), 请另附一页说明。

患者协议

我理解, MultiCare 医疗系统可能会通过查看征信和从其他来源获取信息来核实信息, 从而帮助确定是否有资格获得经济援助或付款计划。

我确认, 以上信息据我所知真实无误。我明白, 如果我提供的信息被认定为虚假信息, 我将无法获得经济援助, 并且我将负责支付所提供的服务费用。

申请人签字

日期