

财务援助申请表

说明：请填写以下空白栏目。如果有的项目不适用，请写 N/A。请附以下适合您情况的复印件：**1. 反映当年迄今 (YTD) 收入信息的最新工资单存根；2. 最近所得税申报单，包括所有附件；3. 社会安全金支票或批准函或银行对账单（如果直接汇入帐户）；4. 发放失业金核准函；5. 哈里斯县保健系统金卡。**如果失业，收入和/或生活开支依靠其他人，请附上证明函以及报税单副本（如果在报税单上列为受抚养人）。如果您在填写本申请表时有任何问题或需要更多帮助，请联系中心业务办公室（Centralized Business Office），电话 877-493-3228，周一至周五上午 7:00 到下午 7:00，周六上午 8:00 至中午 12:00。

请将填妥之申请表及证明材料交回患者服务处(Patient Access)任何团队成员，或传真到 (832) 667-5995，或邮寄给休斯顿卫理公会医院中心业务办公室，地址：Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450。

患者姓名（请大写） _____ 社会安全号最后四位数字 _____

配偶/父母/监护人（请大写） _____ 社会安全号 _____

住址 _____

电话号码 _____ 出生日期 _____ 婚姻状况 _____

要求提供的服务： _____

帐户号： _____ 服务日期： _____

住在家中的年龄 18 岁以下儿童： _____ 受抚养人姓名 _____

亲生	_____	_____
继子女	_____	_____
非亲属	_____	_____
监护	_____	_____

患者

配偶/其他

- 雇主 _____
- 全职员工
 - 半职员工
 - 失业/退休/残障
 - 不能返职
 - 家庭主妇

- 雇主 _____
- 全职员工
 - 半职员工
 - 失业/退休/残障
 - 不能返职
 - 家庭主妇

家庭总收入* \$ _____ /月 （请随申请表提供收入证明）

* 包括所有薪资、农场工或自雇收入、公共援助、社会安全金、失业救济金/劳工补偿、退休金、罢工补贴、赡养费、子女生活费、军人养家费、退休金、股息、利息、物业租金收入及其它杂项收入来源。

兹声明以上信息据本人最大所知均为真实可靠、准确无误。本人了解，如果不提供以上要求之全部信息，可失去获得本计划下所有财务援助的资格。此外，在适当情况下，本人将申请政府援助，采取适当行动取得此类援助，并将申请结果通知休斯顿卫理公会医院 (HM)。本人（等）同意休斯顿卫理公会医院 (HM)从任何来源获得信息以核实本人（等）所作声明。

_____ (父母/申请人签名)

_____ (日期)