

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 _____

月支出	住房:	公用事业:	汽车:
	租赁 _____	电 \$ _____	自有/# _____
	自有 _____	水 \$ _____	租赁/# _____
	付贷 _____	煤气 \$ _____	月付款 \$ _____
	月付款 \$ _____		

患者 **配偶/其他**

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

银行帐户/其它资产:

支票帐户	有	无	余额	\$ _____
储蓄帐户	有	无	余额	\$ _____
股票/债券等	有	无	余额	\$ _____
其它财产	有	无	说明	_____

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)