



# Ascension Crittenton Hospital

## 經濟援助申請表

### 患者資訊 (請以正楷書寫)

患者資訊 (請以正楷書寫)				帳號	
患者姓名：	出生日期	婚姻狀況	性別		電話號碼
地址：	城市	州	郵遞區號		電子郵件地址
社會安全號碼：	雇主		全職 兼職		每週工作小時
雇主地址：	城市	州	郵遞區號		電話號碼

### 責任方資訊

姓名	出生日期	婚姻狀況	性別		電話號碼
地址		州	郵遞區號		電子郵件地址
社會安全號碼	雇主		全職 兼職		每週工作小時
雇主地址	城市	州	郵遞區號		電話號碼

### 責任方配偶資訊

配偶姓名	社會安全號碼	出生日期
配偶雇主：	地址：	城市 州 郵遞區號 電話號碼

### 家屬：

姓名	年齡	關係	姓名	年齡	關係

**每月淨收入**

**每月生活開支**

**支付金額**

**餘額**

申請者勞動收入		房屋貸款/租金		
申請者配偶收入		電		
社會安全福利		天然氣		
養老金/退休收入		電話		
失業補償金		水		
工傷賠償金		生活用品		
利息/股利收益		有線電視		
子女撫養費		汽車貸款		
贍養費		電話		
出租房屋收入		日托		
食品救濟券		子女撫養費/贍養費		
其他		處方藥		
其他		信用卡：		
<b>總淨收入：</b>	<b>\$0</b>	1.		
		2.		
		3.		
<b>資產</b>		其他醫生/ 醫院帳單：		
留存現金				
儲蓄存款				
活期存款				
定期存款				
證券				
人壽保險				
其他不動產				
其他		保險費用：		
		1. 汽車		
		2. 財產		
		3. 醫療/人壽		
<b>車輛/生產廠商和型號：</b>		<b>其他貸款支付：</b>		
<b>年份</b>	<b>價值</b>	1.		
		2.		
		其他每月付款：		
		Cobra (統一綜合預算協調法案)		
		人壽保險		
		3.		
<b>經濟賠償：</b>		<b>每月總費用：</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
人壽保險				
繼承款				
其他				
<b>產總價值：</b>	<b>\$0</b>			

注釋：

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。本人特此授權醫院可從外部信用報告機構獲取資訊，前提是醫院認為有必要。

日期

患者、配偶、擔保人或法律代表人簽名