

经济资助申请

请尽您的最大可能尽可能完整地填写该申请表这将有助于我们
尽快回复您的请求。如果您想提供任何其它类型您认为有助于我们更好地了解您状况的额外信息，
请随申请表附上一封信进行说明。

你必须提供您的总收入证明总收入证明可以是您最近3次的工资单、
去年的纳税申报单、或者今年迄今为止您的其它收入。

病人信息（请用印刷体填写）

病人姓名:				出生日期	婚姻状况	性别	帐号	电话号码
地址:		城市	州	邮政编码	电子地址			
社会保险号:	雇主			全名	每周工作小时数			
				兼职				
雇主地址		城市	州	邮政编码	电话号码			

非病人责任方

姓名:				出生日期	婚姻状况	性别	电话号码
地址		城市	州	邮政编码	电子地址		
社会保险号	雇主			全名	每周工作小时数		
				兼职			
雇主地址		城市	州	邮政编码	电话号码		

配偶信息

配偶姓名		社会保险号		出生日期		
配偶的雇主:	地址:		城市	州	邮政编码	电话号码

家属:

姓名	年龄	关系	姓名	年龄	关系

月总收入			月生活费用	付款	余额
申请人收入			贷款/房租		
申请人配偶收入			电费		
社会保障福利金			汽油费		
养老金/退休金			电话费		
失业赔偿金			水费		
工伤赔偿金			生活用品费用		
利息/分红收入			有线电视费用		
子女抚养费			汽车分期付款		
赡养费			移动电话费		
物业租金收入			托儿费		
食品救济券			子女抚养费/赡养费		
其它			处方药品费用		
其它			信用卡:		
总收入:		\$0	1.		
			2.		
			3.		
资产			其他医生/		
手存现金			医疗费用:		
储蓄账户			1.		
活期存款			2.		
C. D. 's			3.		
证券			4.		
人寿保险					
其它房地产			保险费:		
其它			1. 汽车		
车辆/品牌&型号	年	价格	2. 财产		
			3. 医疗/生活		
			其它贷款:		
			1.		
			2.		
财务结算			其它每月的还款:		
人寿保险			1.		
继承财产			2.		
其它			3.		
资产总额:		\$0	每月总开销	\$0	\$0

注解:

我保证, 据我所知, 上述信息是真实完整的。我特此授权
医院在认为必要的情况下从外部信用报告机构获得我的信息。

日期

病人、配偶、担保人和法定代表人签名