

医院经济 援助计划

感谢您选择 Saint Agnes Hospital 来满足您的
医疗需求。

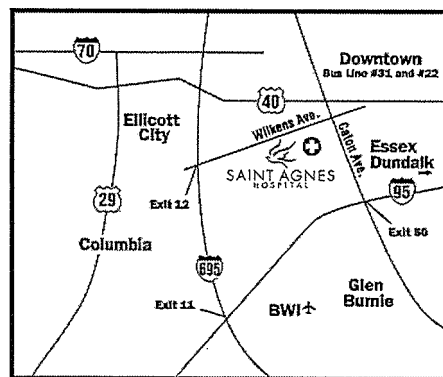
您已表示有兴趣申请我们的医院经济援助计
划。如需受理您的申请，本院必须收到所需
证明材料。

- 完整填写的申请表
- 以往年度的联邦所得税申报表
- 当前收入证明，若
为失业状态，则提供就业补偿证明或资助
证明信
- 任何调查的相关证明材料
- 支票账户和/或储蓄账户存折的复印
件
- 任何未付医疗账单的复印件

评估流程结束后，如有适用于您未结账款的
减免比例，我们将另行告知。

若我们在15天内未收到所要求的信息，
我们将按正常收账程序处理。如果您有
任何疑问或疑虑，请致电
667-234-2175。

感谢您选择 Saint Agnes Hospital 来满 足您的医疗需求！



St. Agnes | Ascension

邮政信箱 412315
马萨诸塞州波士顿市 02241
667-234-2175
TTY: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com

SAINT AGNES | Ascension

患者财务 服务

马里兰州统一经济援助申请

马里兰州统一经济援助申请

关于您的信息

姓名: _____

名 中间名 姓

社会保险号码: _____

出生日期: _____

婚姻状态: 单身 已婚 分居

美国公民: 是 否

永久居民: 是 否

家庭地址: _____

“城市” 州 邮政编码

国家 电话号码

雇主名称: _____

工作地址: _____

城市 州 邮政编码

家庭成员:

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

姓名 年龄 亲属关系

您是否已申请医疗援助?

是 否

如果是, 您是在哪一天申请的? _____

如果是, 确定结果是什么? _____

您是否收到任何类型的州或国家

需要援助? 是 否

I. 家庭收入

就业 每月金额

退休金/养老金福利 _____

_____ 社会保障福利

_____ 公共援助福利

_____ 残疾福利

_____ 失业福利

_____ 退伍军人福利

赡养费 _____

房屋出租收入 _____

罢工福利 军事拨款 _____

农场或自雇 _____

其他收入来源 _____

总计 _____

II. 流动资产

支票账户 _____

_____ 储蓄账户

股票、债券、定期存单或货币

_____ 市场基金

其他账户 _____

总计 _____

III. 其他资产

如果您拥有以下任何物品, 请列出物品的类型和大致价值。

住房: 贷款余额: _____ 价值: _____

汽车: 制造商: _____ 年份: _____ 价值: _____

汽车: 制造商: _____ 年份: _____ 价值: _____

III. 其他资产

Auto: Make: _____ Year: _____ Value: _____

Other property: _____

总计 _____

IV. 每月支出

租金或按揭 每月金额

公用事业 _____

汽车付款 _____

信用卡 _____

汽车保险 _____

健康保险 _____

_____ 其他医疗费用 _____

_____ 其他费用 _____

总计 _____

您是否还有其他未付医疗费用?

是 否 如果是, 金额 _____

需要什么服务? _____

若您已办理分期付款方案, 请问每月还款金额为多少? _____

若您申请医院追加提供额外财务援助, 医院可要求您补充相关资料, 以便作出补充审核判定。签署本表, 即表示本人证明所提供信息真实无误, 并同意: 若相关信息发生任何变更, 将在变更生效后 10 日内 告知医院。

申请人签名

与患者的关系

日期