



Ascension

資金援助 第2申請書*

* 本書面は患者が資金援助申請書の作成を完了し、その収入がFPL 201%以上であると判定されなければ使用できません。

本書面はAscension St. Joseph's および Standish Hospitals 以外には使用できません!

患者情報

(印刷してください。すべてのフィールドに入力する必要があります。アプリケーションの個々の行に該当しない場合は、N/Aを指定してください)

日付 _____ アカウント番号 _____

名前(フルネーム) _____ 生年月日 _____ 婚姻状態 _____
電話番号 _____

郵送先住所 _____ 都市名 _____ 州 _____ 郵便番号 _____ 社会保障番号(請求書作成および同定目的のみ) _____

雇用主 _____ 雇用形態 _____

週あたり労働時間 _____ 雇用主電話番号 _____

資産

現金/預金/当座預金口座 _____

株式/債券/投資/定期預金 \$ _____

その他の不動産/別宅\$ _____

ボート/RV/オートバイ/レクリエーショナルビークル\$ _____

コレクター自動車/非必須自動車\$ _____

その他の資産\$ _____