



# Ascension

## 经济援助二次申请表\*

\*此申请表仅在患者完成经济援助申请表并且已确定该患者收入等于或高于 201% FPL 后使用。

仅适用于 Ascension St. Joseph's 和 Standish Hospitals !

### 患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的任何单个行不适合您, 请注明 N/A)

日期\_\_\_\_\_ 账号\_\_\_\_\_

姓名 (名字和姓氏) \_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_ 婚姻状况\_\_\_\_\_ 电话号码\_\_\_\_\_

邮寄地址\_\_\_\_\_ 城市\_\_\_\_\_ 州\_\_\_\_\_ 邮政编码\_\_\_\_\_

社会保障号码 (仅用于开立账单和识别身份) \_\_\_\_\_

雇主\_\_\_\_\_ 就业状况\_\_\_\_\_

每周工作时数\_\_\_\_\_ 雇主电话号码\_\_\_\_\_

### 资产

现金/储蓄/支票账户 \$ \_\_\_\_\_

股票/债券/投资/定期存单 \$ \_\_\_\_\_

其他房产/第二住宅 \$ \_\_\_\_\_

船/房车/摩托车/休闲车 \$ \_\_\_\_\_

收藏汽车/非必需汽车 \$ \_\_\_\_\_

其他资产 \$ \_\_\_\_\_