

HMH CARRIER CLINIC, INC.

经济援助计划 (FAP)

仅供PFS使用
申请表接收日

此申请表需随附身份证明、居住证明、最近联邦纳税申报单证明、收入证明和资产证明。
 请寄送所有所需文件副本，请勿寄送原始文件，因为所有文件将不予退还。
 如需帮助或协助或有疑问，请拨打908-281-1522致电患者财务服务部。

一、个人信息

HOSPT账户号码 _____

患者姓名 (姓、名、中间名首字母)	婚姻状态	社保号
(门牌号及街道)	自有 _____ 租赁 时间 _____	
(城市, 州, 邮编)		(国家)
家庭电话 _____ 日间电话 _____		
填写申请人姓名	与患者关系	电话号码
担保人姓名 (如非患者)	与患者关系	电话号码

二、保险信息

保险名称	购买人姓名	与患者关系
如无保险——你是否已通过交易市场申请健康保险？	是 _____ 否 _____	
你是否无需通过交易市场申请保险？	是 _____ 否 _____	
过去六个月内，你是否有申请医疗援助？	是 _____ 否 _____	
如是，请附上拒绝通知书或申请资格证明文件副本。	是 _____ 否 _____	

如否，请联系当地社会服务委员会办公室，了解如何申请福利。

三、家庭信息 (列出所有家庭成员)

住户人数 _____

家庭成员姓名 (包括患者)	与患者关系	职业
	患者	

续表 家庭成员	与患者关系	职业

--	--	--

--	--	--

四、 家庭收入/资产来源(包括血缘、婚姻或收养关系家属)

家庭收入：

(请列出月 (M) 或年 (A) 收入)		患者	剩余住户
扣减前工资/薪资	月 年	\$	\$
个体户 (经独立来源核实)	月 年	\$	\$
社保福利	月 年	\$	\$
赡养费和子女抚养费	月 年	\$	\$
其他货币支持	月 年	\$	\$
失业和劳动补偿金	月 年	\$	\$
退伍军人福利	月 年	\$	\$
养老金支付	月 年	\$	\$
保险及年金付款	月 年	\$	\$
股息和利息	月 年	\$	\$
租金收入	月 年	\$	\$

总计

五、 申请人保证

本人保证上述有关本人家庭人数、收入及资产的资料真实准确。

本人明白如故意虚报资料，本人将承担所有住院费用。

本人明白本人收入或资产如有任何变动，本人有责任通知医院。

患者签名

日期

表编号991 (2019年1月)

家庭资产：

其他资产		患者	剩余住户
储蓄		\$	\$
支票		\$	\$
存款证明 (CD)		\$	\$
货币市场账户		\$	\$
储蓄债券		\$	\$
股票		\$	\$
债券		\$	\$
个人退休账户		\$	\$
401(k)		\$	\$
403(b)		\$	\$
其他		\$	\$

总计

填表人签名(与患者关系)

日期