

马里兰州统一经济援助申请表

个人信息

姓名 _____
 名 中间名 姓

社保号: _____ - _____ - _____
美国公民: 是 否

婚姻状况: 单身 已婚 分居
永久居民: 是 否

家庭住址: _____ 电话 _____

 城市 州 邮编

国家

雇主姓名 _____

电话 _____

工作地址 _____

 城市 州 邮编

家庭成员:

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

姓名 年龄 关系

你是否有申请医疗援助 是 否
如是, 申请日期是多久? _____

如是, 结果是什么? _____

你是否有接受州级或县级援助? 是 否

申请人必须将所有所需材料提交至同一地址:

Bon Secours 经济援助项目
邮政信箱 742431
Atlanta, GA 30374-2431

一、家庭收入

列出所有来源的月收入总额。可能会要求您提供收入、资产和开支证明。如果您无收入，请出具向您提供食宿人员的信件以示证明。

	月收入总额
在职	_____
退休金/养老金	_____
社保	_____
政府援助	_____
伤残抚恤金	_____
失业救济金	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
财产租赁所得	_____
罢工津贴	_____
军事拨款	_____
农业收入或自主创业	_____
其他收入来源	_____
总计	_____

二、流动资产

	当前余额
活期账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、大额可转让存单或货币市场	_____
其他账户	_____
总计	_____

三、其他资产

如果您拥有以下任一项目，请列出其类型及其大概值。

住房	贷款余额 _____	大概值 _____
汽车	使用 _____ 年 _____	大概值 _____
其他车辆	使用 _____ 年 _____	大概值 _____
其他车辆	使用 _____ 年 _____	大概值 _____
其他财产		大概值 _____
总计		_____

四、月支出

	总额
租金或房贷	_____
公用事业	_____
汽车分期付款	_____
信用卡	_____
汽车保险	_____
医疗保险	_____
其他医疗支出	_____
其他支出	_____
总计	_____

您有其他未付的医疗账单吗？ 有 无
何种服务？ _____

如果您有支付计划，月支付额为多少？ _____

如果您要求医院增加额外经济援助，医院为做出补充决定可能会要求您提供额外信息。签署该表，您证明您所提供的信息真实且同意在所提供信息发生变化十日内通知医院。

_____	_____
申请人签名	日期

与患者关系