

提交日期_____

机构_____ 账号_____

患者姓_____名_____ 医疗保险_____

社保号_____ 出生日期_____ 婚姻状况_____ 电话号码_____

患者住址_____

雇主_____ 配偶的雇主_____

家庭成员（列出配偶和18岁以下的受抚养子女，或列出你的纳税申报表上的人名及他们的出生日期）：

姓名	出生日期	姓名	出生日期
1. _____/_____/_____	4. _____/_____/_____		
2. _____/_____/_____	5. _____/_____/_____		
3. _____/_____/_____	6. _____/_____/_____		

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

请回答每一问题并提供所需资料 无保险患者须与我们的
保险资格供应商一起才能接受援助

收到完整申请60天之内我们将会同供应商一起对你的情况做出判定

请回答下列问题	如有，请提供能获益的每一家庭成员的下列信息。
家庭成员中有无自主经营者？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	完整的税务报表包括最近税收年度及季度申报收入的工商税
家庭成员中有无就业人员？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	3份最近的工资单或雇主的签名信函
家庭成员中有无人员领取失业救济金？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	福利信函或国家官网上打印的失业证明
家庭成员中有无人员领取社保？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	社保福利信函或如有直接接收款项，则给出完整的银行对账单
家庭成员中有无人员领取养老金或退休金？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	养老金/退休金信函或如有直接接收款项，则给出完整的银行对账单
家庭成员中有无人员享有辅助营养援助计划福利？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	辅助营养援助计划福利信函
家庭成员中有无人员领取子女抚养费？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	法院命令文件或无监护权父母给出的信函
家庭成员中有无人员拥有租金或投资收入？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	注明收入金额的租赁协议/文件
家庭成员中有无人员有其他收入来源？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	股票、债券、大额可转让存单附加财产、等...并附当前对账单
家庭成员中有无人员有活期存款账户、储蓄存款账户或货币市场账户？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	附每一账户近 30 天对账单的完整复印件
无收入： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果你的家庭成员无收入，那你则必须让该人员签署以下声明证明由你向其提供食品、住宿、日常生活开支费用并指出你向其提供的援助类型 兹证明本人（姓名）_____（电话号码）_____ 为以上所列患者提供食品、住宿和日常生活开支费用以及/或月收入\$ _____ 援助提供： _____ 签名 _____ 关系 _____ 日期 _____	

签证申请人必须提供一份获得该签证所需的所有保险、经济、和/或赞助信息复印件。

>>>续<<<



患者姓 _____ 名 _____ 医疗保险 _____

个人资产价值清单

家庭年收入 _____	大额可转让存单 (现金值) _____
现金/银行存款/储蓄存款账户 _____	主要居住地 (现金值) _____
月租金 _____	其他不动产 (现金值) _____
月按揭支出 _____	退休金 (现金值) _____

该治疗服务是由交通事故造成的吗? 是 _____ 否 _____ (经济援助项目不适用于工伤、整容手术或减肥手术、交通事故等治疗项目或其他你已享有医疗费、疼痛和苦难以及其他损害赔偿的治疗项目)。

你是否有医疗保险? 是 否 (如是, 请补充下列信息)

1. 保险名称 _____ 投保人姓名 _____ 投保号 _____
2. 保险名称 _____ 投保人姓名 _____ 投保号 _____

本人在此请求 Bon Secours Health System Inc. 给出一份有关本人符合经济援助资格的书面决定。我了解, 如我所提交信息被认为有误, 该决定会导致我的申请被拒且服务费将由我本人承担。兹证明以上信息就本人所知真实、完整且正确。本人明白经济援助的考量要求同资格筛选供应商进行合作。

附

加意见 责任方签名: _____ 日期: _____

Bon Secours Health System Inc. 保留对经济援助申请报告信息进行核实权利, 此类确认个人收入及收入匮乏的工作将做到绝对保密且申请人的隐私不会因任何信用机构以任何报道或方式受到影响。

如您需要其他援助, 请访问当地 Bon Secours 医院财务顾问部门或拨打我们的客户服务部电话。

当地里士满 804-521-9300 当地汉普顿
路 757-215-2777 传真:
週一至週五上午 8:30 至 12:30 和下午 1:30 至 4:00