



### 经济援助申请表

填表日期 ____/____/____	填表时间 :	当前患者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	转介者:
------------------------	-----------	--	------

关于您的信息			
姓 名	中间名	出生日期 ____/____/____	
家庭住址	城市	州	邮政编码
性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状态 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 寡居 <input type="checkbox"/> 未知	家庭电话 ( ) -	社会保险号码
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	永久居民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	评语	

就业信息			
雇主名称	办公电话 ( ) -	职业	
雇主地址	城市	州	邮政编码

家庭成员		
姓名	年龄	关系

其他援助信息			
您是否申请过医疗援助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是, 您申请的日期是? ____/____/____	若是, 决定是什么? <input type="checkbox"/> 批准 <input type="checkbox"/> 拒绝	评语
您是否接受任何类型的州或国家援助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若是, 援助为哪种类型?	

保险额不足信息	
您是否因为保险额不足正在申请援助?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

保险信息	
保险公司 1	保险公司 2
保险名称	保险名称
ID #	ID #
组别#	组别#
投保人姓名	投保人姓名
保险公司电话号码 ( ) -	分公司
分公司	保险公司电话号码 ( ) -
	分公司

## 经济援助申请表第 2 页

列出您所有来源的月收入与资产金额。您可能需要提供收入、资产和费用证明。如果您没有收入，请提供一份由为您提供食宿的人士所写的佐证书。

1. 家庭收入	月度金额	2. 流动资产	当前余额
<input type="checkbox"/> 职业	\$	<input type="checkbox"/> 活期存款账户	\$
<input type="checkbox"/> 退休/养老金福利	\$	<input type="checkbox"/> 储蓄账户	\$
<input type="checkbox"/> 社会保险福利	\$	<input type="checkbox"/> 股票	\$
<input type="checkbox"/> 公共援助福利	\$	<input type="checkbox"/> 债券	\$
<input type="checkbox"/> 失业福利	\$	<input type="checkbox"/> 存款证明 (CD)	\$
<input type="checkbox"/> 退伍军人福利	\$	<input type="checkbox"/> 货币市场资金	\$
<input type="checkbox"/> 赡养费	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
<input type="checkbox"/> 租赁财产收入	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
<input type="checkbox"/> 罢工津贴	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
<input type="checkbox"/> 军人薪饷	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
<input type="checkbox"/> 农场或个体经营	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
<input type="checkbox"/> 其他收入来源	\$	<input type="checkbox"/> 其他账户	\$
总计	\$	总计	\$

## 3. 其他资产

列出您所有来源的月收入金额。您可能需要提供收入、资产和费用证明。如果您没有收入，请提供一份由为您提供食宿的人士所写的佐证书。

	贷款余额	近似价值
<input type="checkbox"/> 住宅	\$	\$
<input type="checkbox"/> 机动车	车辆制造 年份	\$ 近似价值
<input type="checkbox"/> 附加车辆	车辆制造 年份	\$ 近似价值
<input type="checkbox"/> 附加车辆	车辆制造 年份	\$ 近似价值
<input type="checkbox"/> 其他财产	财产类型	\$ 近似价值
总计		\$

4. 月度费用	金额	金额
<input type="checkbox"/> 租金	\$	<input type="checkbox"/> 医疗保险
<input type="checkbox"/> 按揭	\$	<input type="checkbox"/> 医疗保险 (其他)
<input type="checkbox"/> 汽车贷款	\$	<input type="checkbox"/> 其他医疗费用
<input type="checkbox"/> 汽车贷款 (其他车辆)	\$	<input type="checkbox"/> 医疗费用
<input type="checkbox"/> 汽车贷款 (其他车辆)	\$	<input type="checkbox"/> 其他医疗费用
<input type="checkbox"/> 汽车保险	\$	<input type="checkbox"/> 其他医疗费用
<input type="checkbox"/> 信用卡 (其他)	\$	<input type="checkbox"/> 其他医疗费用
<input type="checkbox"/> 信用卡 (其他)	\$	<input type="checkbox"/> 其他费用
<input type="checkbox"/> 信用卡 (其他)	\$	<input type="checkbox"/> 其他费用
<input type="checkbox"/> 信用卡 (其他)	\$	<input type="checkbox"/> 其他费用
总计	\$	总计

## 注册员评语

您是否有任何其他未付款的医疗账单？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，针对何种服务？	服务
您是否针对某一月付款计划进行安排？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，月付款具体包括哪些？	月付款 \$

如果您请求医院或其附属机构扩充额外的经济援助，则医院或其附属机构可能要求您提供额外的信息，以进行补充判定。签署本表格，即表示您保证所提供之信息是真实的，并且您同意在所提供的信息发生任何变更的十天之内将该等变更告知医院或其附属机构。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
与患者关系

## UM Capital Region Health

## 经济咨询转介表

填表日期: _____ / _____ / _____		医师: _____	
<b>账户信息</b>			
病历编号	账户编号	部门	要求的注册类型: <input type="checkbox"/> 一天 <input type="checkbox"/> 经常性
<b>要求的治疗日期</b>			
诊所治疗开始日期: _____ / _____ / _____	诊所治疗结束日期: _____ / _____ / _____	就诊次数:	请勾选就诊次数: <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4, <input type="checkbox"/> 5
<b>患者信息</b>			
姓	名	出生日期 ( ) - ( ) - ( )	
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻状态	日间联系电话 (上午 9:00 - 下午 5:00) ( ) - ( ) - ( )	傍晚至晚间联系电话 (下午 5:00 - 晚上 8:00) ( ) - ( ) - ( )
<b>诊断 (无病后状态)</b>			
诊断/主要问题			
<b>患者雇主信息</b>			
雇主名称		日间联系电话 (上午 9:00 - 下午 5:00) ( ) - ( ) - ( )	
雇主地址行 1			
雇主地址行 2			
<b>保险信息</b>		<b>转介信息</b>	
保险公司		转介	
<input type="checkbox"/> 自付	保险名称	入院优先级 <input type="checkbox"/> 突发性 <input type="checkbox"/> 紧急 (直接) <input type="checkbox"/> 选择性	
ID #	组别#	是否提交了经济援助申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	日期 ____ / ____ / ____
投保人姓名		是否提交了医疗补助申请? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	日期 ____ / ____ / ____
保险公司电话号码 ( ) - ( ) - ( )	分机	转介原因 <input type="checkbox"/> 共付额问题 <input type="checkbox"/> 共保额问题 <input type="checkbox"/> S/P 存款问题	
批准编号	批准者	转介者: <input type="checkbox"/> 未预约的患者 <input type="checkbox"/> 其他	
是否进行了自付估算? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	自付估算金额	是否由 PROVENA HEALTH 进行内部转介? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	部门
<input type="checkbox"/> 可减免?	<input type="checkbox"/> 共同支付?	金额	
如“否”，请说明转介方:			
<b>仅供 FIC 部门使用:</b>			
批准者:		提供予办公室的日期:	____ / ____ / ____
取消原因:		申请日期:	____ / ____ / ____
评语:			