

请妥善填写、签字和寄返此申请表，并随附以下所需文件：

- 收入（包括您目前收到的下列全部文件）：
 - 最新 2 份工资单的副本，或最近税务年度提交的 W-2 表格的副本，包括家中共同生活的患者、患者配偶、患者担保人（18 岁以下儿童的父母/法定监护人）。
 - 如果是自雇人士，请提供您当前的联邦税表 1040 的副本。
 - 社会安全/社会安全残障或其他额外的家庭收入证明文件。
- 按揭贷款/租金账单的副本，或者物业税单的副本（如果住宅不再按揭）。
- 若您申请医疗援助，请提供一份批准函或拒绝函的副本。

若您无法提供以上任何必要文件，请填写经济援助表 (Form FAF) 116，下方第 3 页。

患者信息		
姓氏：	名字：	中间名首字母：
社会安全号：	出生日期：	

担保人（法定父母、监护人或委托书） 如果与患者相同，请跳至第二部分； 填写所有项目。			
姓氏：	名字：	中间名首字母：	
社会安全号：	出生日期：	与患者关系：	

第二部分（患者/担保人信息）			
街道地址：			公寓：
城市：	州：	邮政编码：	
家庭电话：()	手机号码：()	婚姻状态：	
雇主姓名和地址：			
每月总收入： \$		每月净收入： \$	
职位/职衔：		目前就业年限：	
您是否为美国合法居民： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			

配偶		
姓氏：	名字：	中间名首字母：
雇主姓名/地址：		电话号码：
职位/职衔：		就业年限：
每月总收入： \$		每月净收入： \$

家庭信息（所有家庭成员的姓名和出生日期，您自己或配偶除外）		
姓名：	出生日期：	与患者关系：
姓名：	出生日期：	与患者关系：
姓名：	出生日期：	与患者关系：
姓名：	出生日期：	与患者关系：
姓名：	出生日期：	与患者关系：

额外的家庭收入

活期存款账户余额:	每月失业补偿金额:
储蓄账户余额:	每月社会安全金额:
公共援助/食品券:	每月劳工赔偿金额:
每月/每年退休金金额:	任何其他收入:

按揭/租金 (须提供按揭/租金付款凭证副本)

按揭/租金账单:	
----------	--

健康保险信息 (须提供医疗援助批准函或拒绝函的副本)

公司名称:	生效日期:
您是否申请过医疗援助: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	时间:
地点:	社会工作者姓名和电话号码:
结果/拒绝理由:	

残障信息

患者是否残疾: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	残疾年限:
医师姓名:	医师电话号码:

第三方责任 (汽车事故、劳工赔偿、人身伤害或其他合法索赔)

因汽车事故导致受伤/患病	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	发生日期:
在工作地点受伤/患病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	发生日期:
因犯罪事件导致受伤/患病?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	发生日期:
因受伤/患病导致诉讼?	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	发生日期:

在所有付款方式用尽之前, 第三方责任索赔不符合经济援助的资格。若无法披露第三方责任索赔相关信息, 将视为患者不符合经济援助资格。

本人声明, 本人已检查此申请表, 就本人所知, 此表中的所有内容或以其他方式提供给 UMMS 的内容及做法是真实、准确且完整的。本人了解, 虚报信息可能会导致本人的经济援助被取消, 且届时本人将负责所有的医疗费用。通过签署和提交此请求, 本人准许 UMMS 及其机构确定本人的经济援助需求; 包括审核本人的信用档案。本人同样也准许 UMMS 以评估本人经济情况为目的, 将此信息发布或披露给 University Physicians Inc., 以协助处理本人的医师账单。本人了解, 在处理此申请期间, 若发生任何收入或资产状态变动, 本人有责任告知 UMMS。

患者/担保人签名 (必需)

日期

配偶签名 (必需)

日期

若您有任何疑问或在表格填写方面需要协助, 请致电经济援助部。
电话: (410) 821-4140, 分机: 2003, 周一至周五, 上午 8:00 至下午 4:30。

您可以将此申请表以及所需的文件邮寄、电邮或传真:

邮寄: UMMS
 11311 McCormick Road, Suite 230
 Hunt Valley, MD 21031
 电子邮件: CBQService@umm.edu
 传真: 410-630-5341

生活、财务和收入声明确认

此表格需由满足以下条件的经济援助申请者填写：

- 接受食物和/或居所援助
- 目前失业
- 由于交通事故受伤、劳工赔偿、人身伤害或任何其他第三方责任索赔而产生医院账单

患者信息：

姓名： _____ 日期： _____
电话号码： _____ 手机号码： _____
出生日期： _____ 患者签名： _____

若接受食物和居所援助，请填写以下内容：

我一直在接受来自 _____ 的援助，他们一直在帮助我解决食物和居所问题。
与患者关系： _____。

(选择一项)

- _____ 免费提供房间和膳食
_____ 我一直为食宿支付每月 \$ _____
_____ 其他情况，请在下方说明：

若失业且无收入，请填写以下内容：

(选择一项) _____ 本人自 ____ / ____ / ____ 起失业，且每月接受食物和居所援助。

再就业的预计日期？ _____

_____ 本人自 ____ / ____ / ____ 起失业，且以积蓄或其他货币资产维系生活。

请详细说明： _____

再就业的预计日期？ _____

您为何未领取失业补偿？

(选择一项) _____ 资格到期 - 患者已用尽所有合格失业福利。

_____ 不符合资格的原因： _____

若您有第三方责任索赔（汽车事故、劳工赔偿、人身伤害），请填写以下内容：

律师： 姓名： _____
地址： _____
电话号码： _____

保险公司： 姓名： _____
地址： _____
电话号码： _____

预期的结算日期： ____ / ____ / ____