



**2. 患者担保人**（若适用，可为患者的配偶、伴侣或父母或未成年人监护人）

姓名 \_\_\_\_\_ 姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 公寓号码 \_\_\_\_\_  
市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_  
家庭电话 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 工作电话 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 移动电话 \_\_\_\_\_

**3. 家族/家庭信息**

请提供患者家族/家庭的人数？ \_\_\_\_\_

请提供患者家属人数？ \_\_\_\_\_

请在下表填写每位患者家属的年龄：

家属	年龄
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

**4. 家庭收入和就业信息**

患者或者患者的配偶或伴侣目前是否有工作？ \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

如果是，请在下表中填写所有雇主的信息：

雇主姓名	地址 (街道地址·城市·州 邮政编码)	电话

如果患者为未成年人，则该患者的父母或监护人目前是否有工作？ \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

如果是，请在下表中填写所有雇主的信息：

雇主姓名	地址 (街道地址·城市·州 邮政编码)	电话

如果患者已经离婚或分手或者是离婚诉讼的当事人，该患者前配偶或伴侣是否根据离婚或分手协议负责该患者的医疗护理费用？  
\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_否

您家庭的总收入是多少（包括其配偶或伴侣为患者的担保人或者其父母或监护人为未成年患者担保人的情况）？ \$ \_\_\_\_\_

总家庭月收入来源（可多项选择）：

\_\_\_\_工资

\_\_\_\_创业

\_\_\_\_失业金

\_\_\_\_社会保障

\_\_\_\_社会保障伤残津贴

\_\_\_\_退伍军人退休金

\_\_\_\_退伍军人伤残津贴

\_\_\_\_个人伤残津贴

\_\_\_\_劳工赔偿

\_\_\_\_贫困家庭临时援助计划

\_\_\_\_退休收入

\_\_\_\_子女赡养费、生活费或其他配偶赡养费

\_\_\_\_其他收入

## 5. 保险/福利信息

您或您的配偶是否有任何类型的医疗保险？ \_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_否

如果是，请提供保险提供商（可多项选择）：

\_\_\_\_医疗保险

\_\_\_\_Medicare

\_\_\_\_Medicare D 部分

\_\_\_\_Medicare 补充保险

\_\_\_\_Medicaid

\_\_\_\_退伍军人福利

## 6. 每月费用

请注意，如果患者达到申请中规定的假定资格标准，或者假设因为患者的家庭收入而使患者达到标准，则患者无须填写此申请中有关每月费用信息的部分。

房屋	水电费	食品	交通	儿童保育	贷款	医疗费用	其他费用	总计
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$		\$

## 患者保证

本人保证，尽我所知，本申请表中的信息真实准确。本人将申请可能有资格获得的所有州、联邦或当地的财政援助，帮助本人支付此医药费用。本人理解，医院会对本人提供的信息进行验证，并且本人授权医院联系第三方验证本申请表中所提供信息的准确性。本人理解，若本人在本申请表中故意提供虚假信息，则本人将失去获得财政援助的资格，授予本人的所有财政援助可能被收回，并且将由本人负责支付医药费用。

---

患者或申请人签字

---

日期