

患者姓名: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

患者名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_ 中间名缩写: \_\_\_\_\_  
 街道地址: \_\_\_\_\_  
 市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_  
 户主姓名 (如适用): \_\_\_\_\_ 与患者关系: \_\_\_\_\_  
 患者家庭电话: \_\_\_\_\_ 患者移动电话: \_\_\_\_\_  
 患者工作电话: \_\_\_\_\_ 患者电子邮件: \_\_\_\_\_  
 请确定以上地址。请改正, 如需要。

**家庭成员\***

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请包含社会保险号码以及关系。

姓名 全名 - 名字、中间名、姓氏	出生日期	社会保险号码	与申请者 关系	申请 如果是, 请勾选
			自己	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

与申请者关系应为申请者与家庭成员关系, 而不是申请者与保证人的关系。  
 例如, 妻子、丈夫、女儿、儿子、母亲、父亲、继子、继女、表亲等。

\*如家庭成员不止是上面所列人员, 请参阅最后一页的扩展内容

**家庭收入\***

如果您或家庭中任何人接受以下类型收入中的任何一种, 请说明:

- |                                |                                     |                                   |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 工资/薪水 | <input type="checkbox"/> 赡养费        | <input type="checkbox"/> 退伍军人福利   |
| <input type="checkbox"/> 个体经营  | <input type="checkbox"/> 失业补偿金      | <input type="checkbox"/> 残障/伤残抚恤金 |
| <input type="checkbox"/> 社会保险  | <input type="checkbox"/> 退休金        | <input type="checkbox"/> 工伤赔偿     |
| <input type="checkbox"/> 子女抚养费 | <input type="checkbox"/> 房地产/出租物业收入 | <input type="checkbox"/> 学生 I-20  |
|                                |                                     | <input type="checkbox"/> 其他       |

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型 提供雇主姓名, 如适用。	金额	周期 选择一项。	开始日期	结束日期 (如适用)
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		

\*如果家庭收入超过以上所列, 请参阅最后一页的扩展内容

☑对于所有接受的家庭收入, 您必须提供过去 30 天的支持性文件以完成此申请。(例如, 纳税申报单、工资单、批准书、个体经营计划书、子女抚养费声明等。)

我的家庭没有任何劳动所得或非劳动所得收入。

患者姓名: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**资产/资源\***

如果您或家庭中任何人接受以下类型资源中的任何一种，请说明：

- |                                 |                              |                               |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 活期存款   | <input type="checkbox"/> CD  | <input type="checkbox"/> 共有基金 |
| <input type="checkbox"/> 储蓄账户   | <input type="checkbox"/> 养老金 | <input type="checkbox"/> 其他   |
| <input type="checkbox"/> 货币市场账户 | <input type="checkbox"/> 债券  |                               |

请针对所有指明的资产/资源提供以下信息：

家庭成员	类型	账号	金额

\*如果资产/资源比上面列出的更多，请参阅最后一页的扩展内容

对于所示的所有资产/资源，您必须提供过去 30 天的证明。

 我的家庭没有任何需要申报的资产或资源。

**其他信息\***

请回答以下问题。

 患者是否拥有美国的永久居住卡？  是  否

 该家庭目前是否有政府援助？  是  否 如果是，请提供以下信息：

保险公司名称以及 ID 号码： \_\_\_\_\_

 在过去的 12 个月里，患者是否已申请了政府援助？  是  否

 如果是，您是否被拒绝承保  是  否

 请随附批准/被拒绝的 PA-162 文书。（从宾夕法尼亚州福利部领取）

 患者是否有医疗保险？如果您接受医疗保险，请通知福利部门。医疗保险始终优先于经济资助。  是  否 如果是，请提供以下信息：

保险公司名称以及 ID 号码： \_\_\_\_\_

投保人姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*如果需要注意的信息比上面列出的更多，请参阅最后一页的扩展内容

 患者是否有资格加入以下任一计划？  是  否

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 学童午餐补助计划  | <input type="checkbox"/> 低收入住房援助计划                          |
| <input type="checkbox"/> 国家资助处方药计划 | <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> 食品救济券 |

若符合以上任一计划，请提供证明资格的文件。

**签名**

我确认，上述信息为据我所知的真实、完整和正确的信息：

申请者签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

或

授权代表签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

授权代表姓名： \_\_\_\_\_ 与申请者关系： \_\_\_\_\_

授权代表电话号码： \_\_\_\_\_ 移动电话号码： \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

### 家庭成员 (续)

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请包含社会保险号码以及关系, 如知道。

姓名 全名 - 名字、中间名、姓氏	出生日期	社会保险号码	与申请者关系	申请 如果是, 请勾选
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

与申请者关系应为申请者与家庭成员关系, 而不是申请者与保证人的关系。  
例如, 妻子、丈夫、女儿、儿子、母亲、父亲、继子、继女、表亲等。

### 家庭收入 (续)

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型 提供雇主姓名, 如适用。	金额	周期 选择一项。	开始日期	结束日期 (如适用)
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 ____		

对于所有接受的家庭收入, 您必须提供过去 30 天的支持性文件以完成此申请。(例如, 纳税申报单、工资单、批准书、个体经营计划书、子女抚养费声明等。)

### 资产/资源 (续)

请为您表明接受的所有收入提供以下信息:

家庭成员	类型	账号	金额

对于所示的所有资产/资源, 您必须提供过去 30 天的证明。

### 其他信息 (续)

请回答以下问题。

患者是否有任何其它医疗保险? 如果您接受医疗保险, 请通知福利部门。医疗保险始终优先于经济资助。  是  否 如果是, 请提供以下信息:

保险公司名称以及 ID 号码: \_\_\_\_\_

投保人姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_