

# St. David's Healthcare Partnership 经济资助申请表

患者姓名 \_\_\_\_\_ 患者帐号 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_ 社保号 \_\_\_\_\_ 出生日期 (年/月/日) \_\_\_\_\_

- 在岗  
 待业

雇主 (名称、地址及电话号码) \_\_\_\_\_

配偶姓名 \_\_\_\_\_ 社保号 \_\_\_\_\_ 出生日期 (年/月/日) \_\_\_\_\_

患者的父亲 (若患者是未成年人) \_\_\_\_\_ 社保号 \_\_\_\_\_ 出生日期 (年/月/日) \_\_\_\_\_

患者的母亲 (若患者是未成年人) \_\_\_\_\_ 社保号 \_\_\_\_\_ 出生日期 (年/月/日) \_\_\_\_\_

**A. 工资:** 请提供您的家庭中下列人员的工资。

		圈选其一			圈选其一
患者	_____ 美元	小时/ 周/ 月/ 年	患者的父亲 (若患者是未成年人)	_____ 美元	小时/ 周/ 月/ 年
配偶	_____ 美元	小时/ 周/ 月/ 年	患者的母亲 (若患者是未成年人)	_____ 美元	小时/ 周/ 月/ 年

**B. 其他金钱来源:** 请提供您可得到的其他金钱来源总额, 包括储蓄账户、支票账户、股票、债券等 \_\_\_\_\_ 美元

请提供您从这些其他金钱来源收到的年收入金额, 包括利息、股息、租金收入等 \_\_\_\_\_ 美元

**C. 家庭成员:** 请提供患者家庭的人员数量。 \_\_\_\_\_

**D. 收入核实:** 请提供任何下列类型的文件, 以核实您的收入。

- IRS 表 W-2
- 工资单
- 纳税申报表
- 银行对账单
- 雇主核实
- 加入政府资助计划的证明、如粮食券、CDIC、Medicaid 或 AFDC
- 社保或失业补偿金确认函
- 其他, 请说明

若您无法提供上述收入来源文件, 请说明原因:

我理解, St. David's Healthcare Partnership (SDHP) 在评估本《经济资助申请表》(“申请”)时, 可能会核实本申请中所含的财务信息, 通过我的签名, 籍此授权我的雇主证明本申请中提供的信息。同时, 我授权 SDHP 向信用报告机构和社保管理局申请报告。我证明, 该信息在我的最大认知范围内是真实的。同时我也清楚, 伪造本申请中的信息可能导致经济资助申请被拒。

我理解, 任何经济资助是以我没有偿付能力为基础的, 如果我能获得任何新的收入来源, SDHP 可能会收回全部或部分经济资助。

\_\_\_\_\_  
 患者或责任方签名

\_\_\_\_\_  
 SDHP 员工签名, 如《经济资助申请表》的任何部分由 SDHP 员工填写

\_\_\_\_\_  
 日期

\_\_\_\_\_  
 日期

## St. David's Healthcare Partnership 经济资助申请表信息和说明

### 说明:

为兑现服务社区的承诺，实践慈善目标，St. David's Healthcare Partnership 选择向满足特定收入要求的个人提供经济资助。

为确认患者是否具备获得经济资助的资格，我们需要取得本申请中所列的特定财务信息。您的配合将便于我们全面、充分地考虑您的经济资助申请。

请填写《经济资助申请表》并将填好后的表格交给登记代表，或邮寄到下列地址：

Patient Account Services  
10030 N. MacArthur Blvd.  
Irving, TX 75063

### A 部分：工资

在《经济资助申请表》的 A 部分，请说明所列各人员收到的工作报酬金额（美元），并说明金额代表的是每小时、每周、每月还是每年的报酬。

### B 部分：其他来源

在《经济资助申请表》B 部分的第一栏中，请说明您向支票账户、储蓄账户、股票等投入的金额（美元）。在第二栏中，请说明您每年从该投资中得到的收入金额（美元）。例如，患者在第一栏中填写储蓄账户中有 5000 美元，第二栏中就填写该账户每年的利息有 250 美元。

### C 部分：家庭成员

《经济资助申请表》C 部分要求填写患者家庭中的人数信息。该人数应当包括患者本人、患者的配偶以及患者受养人。若患者是未成年人，则包括患者本人、患者的母亲和/或父亲和/或法定监护人，以及患者母亲和/或父亲和/或法定监护人的任何同住受养人。

### D 部分：收入核实

考虑您的经济资助申请时，需要核实《经济资助申请表》A 部分报告的工资。请提供一份 IRS 表 W-2、工资和税务报表、工资单、纳税单、银行对账单或其他相关的收入说明 或 加入公共福利计划的证明，如社保、失业补偿金、Medicaid、County Indigent Health Program、AFDC、失业保险、食物券、WIC、Texas Healthy Kids、儿童健康保险计划或其他类似的贫困相关项目。

您还可以通过让您的雇主提供书面核实，或让您的雇主直接与 SDHP 代表对话的方式核实您的工资。

**若您不能提供上述收入来源文件，请在《经济资助申请表》D 部分提供一份书面解释。**

### 医生服务

提供服务的医生并非 St. David's Healthcare Partnership 的员工。您的私人医生以及您指定的其他医生将另外收费。与这些收费有关的问题，或有关医生服务的付费安排，请联系个人医生办公室。