

请输入对账单上所列的账号：			病历编号 (MEDICAL RECORD NUMBER, MRN)		
患者人口统计资料					
患者姓名（姓氏、名字、中间名缩写）：			社会安全号码		出生日期（月/日/年）
患者住址（街道、城市、州、邮政编码）				国家/地区	
患者电话		婚姻状况 ☐ 分居 ☐ 离婚 ☐ 已婚 ☐ 单身 ☐ 丧偶		配偶姓名	
就业情况 **未成年患者的申请须提供家庭总收入**					
患者或责任方的就业情况 <i>如果患者是未成年人：母亲、监护人或继父母</i>			配偶或其他责任方的就业情况 <i>如果患者是未成年人：父亲、监护人或继父母</i>		
就业状况 ☐ 全职 ☐ 兼职 ☐ 失业 - 请注明前雇主的姓名和电话号码。			就业状况 ☐ 全职 ☐ 兼职 ☐ 失业 - 请注明前雇主的姓名和电话号码。		
雇主					
雇主 电话号码					
每周 工作时数		频率 ☐ 每小时 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 每年		每周 工作时数	
				频率 ☐ 每小时 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 每年	
频率		☐ 每小时 ☐ 每周 ☐ 每两周 ☐ 每月 ☐ 每年			
所得收入		\$			
其他收入		\$			
患者的家庭总收入：\$ （上述所有收入的总和）					
收入证明：请提供所有家庭收入来源的证明文件（寄送文件副本即可，无需正本）。 ☐ 工资汇款单 ☐ 雇主证明 ☐ 信用调查（由 BSWH 填写） ☐ 国税局 W-2 表 ☐ 纳税申报单 ☐ 政府援助（食品券、CDIC、Medicaid、TANF） ☐ 银行对账单 ☐ 社会安全福利金、工伤赔偿金或失业补助确认函 ☐ 其他：_____ 如果您无法提供上述任一收入来源证明文件，请说明原因：					
家庭成员：请提供患者的家庭成员总人数。此数应仅包括患者、患者配偶及其抚养的家属。					
资产和其他经济来源：					
您是否拥有任何资产或其他可用的经济来源？ （例如储蓄账户、信托基金、股票、债券、退休金账户、共同基金等） ☐ 是 ☐ 否 若“是”，目前可用的金额为：\$		您是否投保医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否 若“是”，请列出保险名称：		您是否有健康储蓄账户或灵活支出帐户？ ☐ 是 ☐ 否 若“是”，目前可用的金额为：\$	
本人理解 Baylor Scott & White Health（简称“BSWH”）可能会核实本经济援助申请表（简称“申请表”）中包含的并且与 BSWH 进行申请评估相关的财务信息，特此签字授权本人的雇主或此申请表中所列的任何个人就申请所载的信息提供证明或其他详情。本人亦授权 BSWH 向信用报告机构和社会安全局索取相关报告。本人兹保证据本人所知所信，本申请表中所作的各项声明均真实无误、诚恳由衷。本人明白在本申请表中伪造或虚报信息可能会导致经济援助申请被拒。本人亦知晓有些医生和提供者可能不是 BSWH 的员工。本人明白本人可能会收到他们开具的单独账单，而此经济援助申请不适用于这些应付款项。					
患者或责任方签名		正楷姓名		日期	
FOR HOSPITAL USE ONLY					
☐ Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.			☐ Patient is part of community care programs		
Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: _____ Date: _____			Name of Program: _____		