

HCAP 和经济援助申请表

责任人姓名：_____ 姓 _____ 名 _____ 中间名 _____

患者姓名：_____ 姓 _____ 名 _____ 中间名 _____
(每位患者须填写一份申请表)

患者出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 医院服务日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者地址 (服务日期)：_____ 街道 _____ 门牌号 _____
_____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 县 _____

当前住址：_____ 街道 _____ 门牌号 _____
_____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 县 _____

请填写以下信息：如果患者年满 18 周岁，则必须填写此申请表。请在下面列出所有家庭成员。

包括患者、患者的父母 (无论是否居住在家中) 以及与患者同住的未满 18 周岁的子女 (亲生子女或养子女)。

姓名	与患者的关系	出生日期和患者年龄 (服务时)	服务日期前 3 个月的总收入	服务日期前 12 个月的总收入	收入来源或雇主名称 (如果是大学生, 请注明)
	本人/患者				

* 可在本申请表背面添加其他家庭成员。

- 如果您报告的总收入为零，请简要说明您如何维持生活。
- 患者在医院接受服务时是否购有医疗保险或 Medicaid？ 是 否

保险公司和/或 Medicaid 计划名称：
投保人 ID 编号或 Medicaid ID 编号：_____

必须提供的证明文件：

在服务日期时的居住证明 = 水、电、燃气费用账单、电话或有线电视费用账单、房租收据、信用卡账单、选民登记卡、驾驶执照或州身份证件副本。

就业情况 = 3 个月或 12 个月的收入或提供带签名的自我证明 (如果以现金支付)。

自雇人士 = 1040 纳税申报单 (第 1 页)，包括附表 C 和带签名的自我收入证明。

福利信函 = 社会保险、失业、退伍军人、养老和残障福利。

其他 = 其他收入，如租金收入等。

本人在下方签名，证明本人已仔细阅读本申请表，并且据本人所知和所信，本人所陈述的一切或所附的任何文件均真实无误。

本人明白，故意提交虚假信息以获取经济援助属违法行为。

责任方签名 _____ 填表日期 _____