

財務資訊表 / 財務援助申請

如需申請財務援助，請填寫此表格，若您有任何疑問，請撥打 713.338.5502 或 800.526.2121 -- 按 5

患者姓名：	電話：
患者街道地址：	城市、州、郵編：
帳戶號碼：	服務日期：

說明： 必須回答所有問題。如果某個問題不適用，請在橫線上寫上 N/A。

隨附一份含照片的身份證明影印件（例如：州頒發的駕駛證或含照片的護照等）*
 隨附一份最近所得稅申報表影印件 或者 *若帶照片的證件不可用，可使用證明身份的其他文件。
 隨附一份以下收入證明影印件： 如需幫助，請撥打上面的電話號碼。

<input type="checkbox"/> 最近 2 次工資單	<input type="checkbox"/> 社會保障支票附函或授予書
<input type="checkbox"/> 失業救濟金確認單	<input type="checkbox"/> 來自僱主的註明員工姓名、職業、時薪和工作時數的信函

*** 若沒有支援文件，則申請表將視為不完整。 ***

身份：	<input type="checkbox"/> 德克薩斯州永久居民	<input type="checkbox"/> 合法居民	<input type="checkbox"/> 移民簽證	<input type="checkbox"/> 非移民簽證
婚姻狀況（勾選一項）：	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 單身	<input type="checkbox"/> 離異	
	<input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 其他 _____		

未滿 18 歲的子女和其他家庭成員（如有需要，請使用下一頁）		贍養關係（勾選一項）				
全名	出生日期	子女	繼子女	監護人	成人/老人	不相關

就業情況摘要	
患者	配偶
僱主	僱主
職業	職業
就業狀況（勾選一項）	就業狀況（勾選一項）
<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 家庭主婦 <input type="checkbox"/> 無法重返工作崗位

家庭月收入		家庭月支出 (不適用於 FAA)	
患者	\$ _____ /月	住房： _____ 自有/貸款 _____ 租金	
配偶	\$ _____ /月	房屋付款	\$ _____ /月
離婚贍養費	\$ _____ /月	水電費（電、水）	\$ _____ /月
失業救濟金	\$ _____ /月	車 # 1	\$ _____ /月
子女撫養費	\$ _____ /月	車 # 2	\$ _____ /月
遺屬撫恤金	\$ _____ /月	汽油	\$ _____ /月
員工薪酬	\$ _____ /月	保險	\$ _____ /月
信託基金	\$ _____ /月	電視 / 網路 / 電話	\$ _____ /月
其他	\$ _____ /月	食物	\$ _____ /月
總收入	\$ _____ /月	總支出	\$ _____ /月

銀行賬戶/其他資產（必須回答所有 3 個問題）： (不適用於 FAA)

支票存款賬戶？（圈選一項）	是 否	目前餘額	\$ _____
儲蓄賬戶？（圈選一項）	是 否	目前餘額	\$ _____
其他財產？（圈選一項）	是 否	目前價值	\$ _____

若選“是”，請說明： _____

患者姓名：

- 本人根據偽證處罰法特此證明，據本人所知，本人的回答均真實準確。
- 本人提供的資訊反映家庭收入和支出。
- 該資訊和信用報告及其他公開資訊可由 Memorial Hermann 用於制定付款計畫和/或開始財務援助申請和/或確定本人獲得各種計畫、保險或援助的資格。
- 本人同意 Memorial Hermann 從任何來源取得相關資訊，以驗證本人所做的聲明。
- 若您提供的資訊不完整，或不足以用於確定您是否有資格獲得財務援助，或若您不滿足資格條件，您將收到來自 Memorial Hermann 的書面通信。若您有資格獲得財務援助，您也將收到書面通知。
- 申請財務援助的患者可能有資格從當地、州或聯邦計畫中獲得資助。在確定是否有資格獲得財務援助前，患者應申請此類計畫。Memorial Hermann 將為申請此類計畫的個人提供幫助。未能申請此類計畫可能會對患者的財務援助申請造成不利影響。
- 本人聲明，本人已申請所有可能的保險，包括 Medicaid、Crime Victims、Health Exchange Insurance 和所有其他當地、州或聯邦保險。
- 本人了解，若本人沒有資格獲得財務援助，則本人將承擔全部護理費用。

患者/擔保人簽名

日期

完成本申請之後，請將本申請及所有支援文件郵寄、傳真或發送電郵至：

患者業務服務部 (Patient Business Services)

909 Frostwood Dr., Suite 3:100

Houston, Texas 77024

收件人：PBS 財務援助部 (PBS Financial Assistance)

傳真：713-338-4261

電子郵箱：MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

辦公專用

科室首席執行官/首席財務官批准財務援助

批准人：

姓名 / 簽名

職位

日期

請看背面

請看背面

