

For Administrative use only

Facility \_\_\_\_\_

Account # \_\_\_\_\_

Med.Rec# \_\_\_\_\_

### 財務援助申請

(附件 A)

For Administrative use only

Patient Type \_\_\_\_\_

Amount of W/O \$ \_\_\_\_\_

Method of Calculation \_\_\_\_\_

#### I. 患者人口統計資料

患者姓名: \_\_\_\_\_ (姓氏) \_\_\_\_\_ (名字) \_\_\_\_\_ (中間名) \_\_\_\_\_ (社會安全號碼 – **非必填項**) \_\_\_\_\_ (出生日期)

擔保人姓名: \_\_\_\_\_ (姓氏) \_\_\_\_\_ (名字) \_\_\_\_\_ (中間名) \_\_\_\_\_ (社會安全號碼 – **非必填項**) \_\_\_\_\_ (出生日期)

地址: \_\_\_\_\_ (街道) \_\_\_\_\_ (城市) \_\_\_\_\_ (州) \_\_\_\_\_ (郵遞區號)

住家電話: \_\_\_\_\_ 公司電話: \_\_\_\_\_ 行動電話: \_\_\_\_\_

#### II. 家庭資訊

患者婚姻狀況: (請圈選一項)	已婚	單身	分居	家庭人口總數:
-----------------	----	----	----	---------

配偶與被撫養人姓名: (如有其他被撫養人需填寫, 請另行附上表單)	出生日期	社會安全號碼 (非必填項)

#### III. 目前就業資訊

員工姓名 (患者本人、擔保人、配偶, 或是被撫養人):	雇主姓名、地址, 以及僱用日期
	聘僱日期: _____
	聘僱日期: _____
	聘僱日期: _____

#### IV. 保險資訊 (如有其他保險資訊需填寫, 請另行附上表單)

您是否已投保或正在申請任何健康保險 (包括 Medicaid、Child Health Plus、Family Health Plus, 或是 Healthy NY)?	是	否
若答案為「是」, 請說明: (包括保險公司名稱、地址、電話號碼、保單/團體保單編號, 以及投保人資訊)		

#### V. 其他資訊

因意外或受傷而需要接受治療?	是	否
若答案為「是」, 意外發生日期為: _____		
簡要說明意外事發經過: _____		
意外發生所在的街道、城市及州: _____		
是否與屋主或責任保險有關? _____		

在醫院針對您的申請做出決定並將書面通知寄給您之前, 您無需向醫院支付任何費用

**財務援助申請**  
(附件 B)

**VI. 財務報表**

請填入患者本人、擔保人、配偶以及被撫養人的總計金額：(若有需要，可另行附表說明)

<u>每月收入：</u>	<u>金額：</u>
工資總額、薪水、小費	\$
社會安全福利	\$
殘疾福利	\$
失業補助	\$
子女撫養費	\$
贍養費	\$
租金收入	\$
財產收入	\$
退休金	\$
股利/利息	\$
其他收入 (請說明)：	
	\$
	\$
	\$

**證明**

本人證明就本人所知，上述資訊均正確無誤。本人瞭解詐欺或誤導資訊將導致本人不符合任何財務援助的資格。根據適用的聯邦和州法律，本人授權公開用於驗證所提供的資訊，以及寄送帳單和收款所需的任何資訊。此外，本人將申請任何可用於支付我的醫療費用的援助 (Medicaid、Medicare 或保險等)，且本人將採取任何合理必要的行動來獲得此類援助，並將用所獲得的金額向醫院分配或支付醫療費用。

本人瞭解醫院可以透過此申請，並根據醫院已存檔的標準來判定本人是否有資格申請財務援助。

此外，本人同意根據要求提供其他資訊以判定是否符合資格。本人同意在本人需求、保險資格、收入、財產、生活安排或地址有任何變更時通知 NYU 醫學中心 (NYU Hospitals)。

申請人簽名：\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

訪談人員簽名：\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

**在醫院針對您的申請做出決定並將書面通知寄給您之前，您無需向醫院支付任何費用**