

经济援助申请表-保密

说明：请填写此申请表，于 10 日内返回此表，并随附以下副本：

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| ____ 近期纳税申报表 | ____ 所有投资现时报表 |
| ____ 三个月的完整银行对账单 | ____ 三个月的收入证明（工资单等） |
| ____ 医疗补助确定证明/拒绝证明（如适用） | ____ 如果没有收入来源，请提供支持方出具的信函 |

患者信息			
姓名（姓氏、名字、中间名首字母缩写）			出生日期
地址			
主要电话号码 ()		备用电话号码 ()	社会保险号/雇主身份识别号码 (EIN)
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 其他		您是否是美国合法居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否提交联邦纳税申报表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如未提交，请说明原因： _____		主要申报者？ <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
雇主		您在服役期间是否购买过健康保险 或任何其他保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
家庭信息（列出所有同住人员）			
家庭成员姓名	出生日期	与您的关系	此人是否列在您的联邦纳税申报表上？
1.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如有其他家庭成员，可另附纸张提交。			
支出（列出所有家庭成员的每月支出）在美国国家医疗服务队（NHSC）或密歇根州贷款还款计划（MSLRP）批准的诊所就诊的患者无需填写此部分			
房贷/房租/屋宇地段租金	财产税（年）	住房/租房保险	
车贷	汽车保险	燃油费（车辆）	
话费	水电燃气费	生活用品支出	
儿童保育/子女抚养费	学费	其他：	
健康保险/卫生费用	人寿保险	其他：	

仅供内部使用	病历号MNR
--------	--------

收入（列出所有家庭成员的收入）					
每月收入来源	领取者	每月总收入	每月收入来源	领取者	每月总收入
工资（患者）			社会保险（患者）		
工资（其他）			社会保险（其他）		
自营职业			投资/利息		
养老金/股利			子女抚养费/赡养费		
小费/佣金			部落收入		
失业补助金			租金/土地合同收入		
劳工赔偿			公共援助收入		
残障补助金			其他：		
家庭资产（列出所有家庭成员的资产）在美国国家医疗服务队（NHSC）或密歇根州贷款还款计划（MSLRP）批准的诊所就诊的患者无需填写此部分					
资产来源	资产所有者	当前资产价值	资产来源	资产所有者	当前资产价值
支票账户			房地产（房屋）价值		
支票账户 #2			房地产 #2 价值		
储蓄账户			车辆（主要）价值		
储蓄账户 #2			车辆 #2 价值		
定期存单（CD）/金融市场			摩托车/全地形车（ATV）/船/拖车		
401k/403B/个人退休账户（IRA）/退休金			人寿保险（退保金额）		
股票/债券/年金			信托基金		
健康储蓄账户（HSA）/灵活支出账户（FSA）			移动/虚拟支付服务		
其他：			其他：		

本人了解，本人所提交的有关本人年收入、家庭人数和资产等信息需经核实。本人同样了解，如果所提交信息被确定为虚假信息，则会导致本次申请被拒，且账户结欠余额仍将由本人负责结清。

如您在填写此申请表时有任何疑问或需要帮助，请致电 877.687.7309 或发送电子邮件至 EastFinancialCounseling@corewellhealth.org 联系我们。

申请人

日期

配偶

日期