

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL 财务援助申请表

填写该表格的说明

为了让患者有资格获得特殊财务照顾，应填写本表格并附上所需文件，并将表格交还 **Physicians Care Surgical Hospital**。医院将及时核实这些信息并做出合理决定。请向医院提供以下文件：

- 该表格（填写完毕并签名）
- 上个年度已签字的联邦所得税申报表的副本
- 前两个月工资单的副本
- 近期水电费账单、租赁/抵押收据、医疗账单、汽车贷款收据、银行对账单、赡养费/儿童抚养费收据、政府援助收据或其他收入/投资报表（如 401K 报表）的副本

责任方信息

责任方	_____	婚姻状况	_____
地址	_____	州	_____ 邮编 _____
社会保障号码	_____	出生日期	_____ 电话 _____
雇主	_____ 职务 _____	电话	_____ 雇佣日期 _____
地址	_____ 城市 _____	州	_____ 邮编 _____
配偶	_____	出生日期	_____ 社会保障号码 _____
配偶的雇主	_____ 职务 _____	电话	_____ 雇佣日期 _____
家中子女数量	_____ 年龄 _____		

月收入信息

请提供收入来源文件 – W-2 表格、所得税报表、支票存根或支票报表。如果您是自雇人士，则可能需要提供财务报表。

	责任方	配偶
扣除前工资	_____	_____
赡养费/子女抚养费	_____	_____
残疾/员工补偿金	_____	_____
养老金	_____	_____
社会保障收入	_____	_____
股息/利息收入	_____	_____
租金收入	_____	_____
遗产信托收入	_____	_____
福利/公共援助	_____	_____
食品券	_____	_____
其他（请列出）	_____	_____
减去州/联邦税款	_____	_____
减去任何其他扣款	_____	_____
月收入总计	\$ _____	\$ _____

若在填写此申请表时需要帮助，请致电 610-495-3330 以联系结算办公室。也可以向 Physicians Care Surgical Hospital（地址为：454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468）的注册登记处的业务办公室助理获取当面援助。

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL 财务援助申请表

财务信息

资产	金额		金额
现金/支票	_____	投资	_____
储蓄	_____	人寿保险	_____
股票和债券	_____	其他	_____

所有房产和车辆

	金额	余额	每月付款
住宅 租赁 自有 (圈选 1 个)	_____	_____	_____
其他房产	_____	_____	_____
车辆 #1	品牌 型号 制造年份	_____	_____
车辆 #2	品牌 型号 制造年份	_____	_____
车辆 #3	品牌 型号 制造年份	_____	_____

医疗开支

医疗提供商名称	余额	INS 将支付	每月付款
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

列出所有其他贷方

(收费卡、邮购等，必要时附上单独的表格)

贷方名称	贷款类型	余额	每月付款
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

设备或家具租金：

您是否申请过破产？ 是 否 提出日期

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL 财务援助申请表

其他每月开支

开支	每月付款	开支	每月付款
食品	_____	汽车保险	_____
电话	_____	有线电视	_____
电/气/水/下水道	_____	健康保险	_____
捐款	_____	娱乐	_____
其他 (请列出)	_____	其他 (请列出)	_____

仅限办公用途 ...

每月财务概况

总收入：	_____
小计：	_____
房产	
车辆	\$ _____
每月医疗	
开支	\$ _____
贷方	
贷款	\$ _____
其他每月	
开支	\$ _____
总开支：	_____

患者状况和注释

请回答以下问题，并在必要时附上其他页面

您是否申请过医疗补助并被拒绝或被发现不符合资格？ 是 否 (请圈选 1 个)

您是否要求过家人的帮助？ 是 否 (请圈选 1 个)

您是否要求过神职人员或教会的帮助？ 是 否 (请圈选 1 个)

您每个月能够支付多少钱？ _____

注释：

本人在此声明，本人提供的信息真实且完整。本人授权 **Physicians Care Surgical Hospital** 核实这些信息，包括要求提供信用评估机构的报告。本人了解，如果任何此类信息被确定为有诈或虚假，医院可能会拒绝给予我特殊财务照顾，我将承担医院所提供服务的任何以及所有费用。

X _____ 日期： _____

责任方签字

若在填写此申请表时需要帮助，请致电 610-495-3330 以联系结算办公室。也可以向 Physicians Care Surgical Hospital (地址为：454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468) 的注册登记处的业务办公室助理获取当面援助。