

请随表格一同提交：

1. 最近两次的工资单
2. 任何/所有银行账户的最新对账单

应由每位有监护权的家长/监护人提交信息。

谢谢。

马里兰州统一经济援助申请表

患者姓名 _____ 服务日期 _____ 账号： F _____

担保人相关信息

姓名 _____
名字 中间名 姓氏

社会保险号码 _____ - _____ - _____
美国公民： 是 否

婚姻状态： 单身 已婚 分居
永久居民： 是 否

家庭住址 _____ 电话 _____

城市 州 邮政编码 国家

雇主名称 _____ 电话 _____

工作地址 _____

城市 州 邮政编码

家庭成员：

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

姓名 _____ 年龄 _____ 关系 _____

您是否为患者申请了医疗援助？ 是 否

若是，您申请的日期是？ _____

若是，决定是什么？ _____

您是否接受任何类型的州或国家援助？ 是 否

将表格交回至：

Mt. Washington Pediatric Hospital, 1708 W. Rogers Avenue, Baltimore, Maryland 21209

Att: V.P. Finance

I. 家庭收入

列出您的所有来源的月收入金额。您可能需要提供收入、资产和费用证明。如果您没有收入，请提供一份由为您提供食宿的人士所写的佐证书。

	月度金额
职业	_____
退休/养老金福利	_____
社会安全福利	_____
公共援助福利	_____
残障福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
租赁财产收入	_____
罢工津贴	_____
军人薪饷	_____
农场或个体经营	_____
总计	_____

II. 流动资产

	当前余额
活期存款账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、存单或货币市场	_____
其他账户	_____
总计	_____

III. 其他资产

如果您拥有下列任何项目，请列出类型和近似价值

住宅	贷款余额 _____	近似价值 _____
机动车	品牌 _____ 年份 _____	近似价值 _____
其它车辆	品牌 _____ 年份 _____	近似价值 _____
其它车辆	品牌 _____ 年份 _____	近似价值 _____
总计		_____

IV. 月度费用

	金额
租金或房屋抵押贷款	_____
公用事业	_____
车贷还款	_____
信用卡	_____
车辆保险	_____
医疗保险	_____
其他医疗费用	_____
其他费用	_____
总计	_____

您是否有任何其他未付款的医疗账单？ 是 否

针对何种服务？ _____

如果您已安排了付款计划，则每月付款额是多少？ _____

如果您请求医院扩充额外的经济援助，则医院可能要求您提供额外的信息，以进行补充判定。签署本表格，即表示您保证所提供之信息是真实的，并且您同意在所提供的信息发生任何变更的十天之内将该等变更告知医院。

担保人签名

日期

与患者关系