



Baylor Scott & White Health  
经济援助申请表

患者帐号

患者姓名 (姓氏、名字、中间名缩写) \_\_\_\_\_ 社会安全号码 \_\_\_\_\_

患者住址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_

婚姻状况:  已婚  未婚  丧偶  
 分居  离异

出生日期 (年/月/日) \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

配偶姓名 \_\_\_\_\_

在职  是  否 在职  是  否

患者雇主 \_\_\_\_\_ 配偶雇主 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

在您周围的网络内机构中, 为您提供服务的 BSWH 机构是否是距离您的主要住所最近的一家?  
如果不是, 最近的那家机构不能或不愿意为您提供护理吗?  是  否  
 能/愿意  不能/不愿意

**\*\*如果失业, 请列出上一任雇主的姓名和电话号码\*\***

**A. 收入:** 请提供以下每位家庭成员的收入。

患者		患者父亲	
<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____
\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年
\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>

  

配偶		患者母亲	
<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____	<input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 - 小时/周= _____
\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年	\$ _____ <input type="checkbox"/> 小时 <input type="checkbox"/> 周 <input type="checkbox"/> 双周 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年
\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>	\$ _____ <b>其他收入</b>

家庭总收入 \$ \_\_\_\_\_ 家庭总收入 \$ \_\_\_\_\_

**B. 收入证明:** 请提供所有家庭收入来源的证明文件 (可接受的证明文件如下) (**寄送文件副本即可, 无需正本**)。勾选随附文件:

工资汇款单  雇主证明  信用调查 (由 BSWH 填写)

国税局 W-2 表  纳税申报单  政府援助 (食品券、CDIC、Medicaid、TANF)

银行对账单  其他 (见下文)  社会安全福利金、工伤赔偿金或失业补助确认函

如果您无法提供上述任一收入来源证明文件, 请说明原因:

\_\_\_\_\_

**C. 家庭成员:** 请提供患者的家庭成员总数。  
(此数量应仅包括患者、其配偶及抚养的家属)

\_\_\_\_\_

**D. 资产和其他经济来源:**

您是否拥有任何资产或其他可用的经济来源?  
(例如储蓄账户、信托基金、股票、债券、退休金账户、共同基金等)  是  否 如果是, 目前可用的金额为: \$ \_\_\_\_\_

您是否投保医疗保险?  是  否 如果是, 请列出提供者名称: \_\_\_\_\_

您是否有健康储蓄账户或灵活支出账户?  是  否 如果是, 目前可用的金额为: \$ \_\_\_\_\_

本人理解, 为了进行评估, Baylor Scott & White Health (简称“BSWH”) 可能会核实本经济援助申请表 (简称“申请表”) 中包含的财务信息, 特此签字授权本人的雇主或此申请表中所列的任何个人就申请所载的信息提供证明或其他详情。本人亦授权 BSWH 向信用报告机构和社会安全局索取相关报告。本人兹保证据本人所知所信, 本申请表中所作的各项声明均真实无误、诚恳由衷。本人明白在本申请表中伪造或虚报信息可能会导致经济援助申请被拒。

本人亦知晓有些医生和提供者可能不是 BSWH 的员工。因此可能会收到他们开具的单独账单, 并且本经济援助申请对此类欠款不适用。

患者或负责方签名 \_\_\_\_\_ 正楷姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**For Hospital Use Only**

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. \_\_\_\_\_  
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:** \_\_\_\_\_

Patient is part of community care program Program Name \_\_\_\_\_ First Statement Date: \_\_\_\_\_