

患者姓名 (姓 · 名 · 中間名第一個字母)			社會安全號		出生日期
患者地址	城市	州	郵編	郡縣	
婚姻狀態 (請選擇) :					
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 離寡 <input type="checkbox"/> 分居/離婚					
出生日期 (月/日/年)		電話號碼			
患者有工作    是    否			配偶有工作    是    否		
患者雇主 : _____			配偶雇主 : _____		
電話號碼 : _____			電話號碼 : _____		

**A. 收入**    請提供您的家庭中以下每一個人的收入。

<p><b>患者</b></p> <p>全職    兼職</p> <p>每週工作小時數 = _____</p> <p>\$ _____ 每小時    每週    每兩周    每月    每年</p> <p>\$ _____ 其它收入</p>	<p><b>配偶</b></p> <p>全職    兼職</p> <p>每週工作小時數 = _____</p> <p>\$ _____ 每小時    每週    每兩周    每月    每年</p> <p>\$ _____ 其它收入</p>
<p>家庭總收入 \$ _____</p>	

**B. 收入證明文件：**請針對家庭所有收入來源提供 2 種形式的收入證明 (請提交副本 · 不要提交原件) · 具體接受的證明文件如下所示：

稅務申報表 (建議)	銀行對賬單 (建議)	工資單
如果您無法提供建議的文件 · 請陳述理由：		

**C. 家庭成員：**請提供患者家庭成員人口總數。

(這個數字應當僅包括患者本人、患者的配偶 · 以及患者的被撫養人)

**D. 資產和其它資金來源：**請圈選您的答案

您是否擁有任何資產或其它可用的資金來源？ (例如：儲蓄賬戶、信托、股票、債券、退休金賬戶、共同基金等)	是	否	如是 · 当前可用金額為： \$ _____
您是否擁有健康保險？	是	否	如是 · 請列出保險名稱：
您是否擁有健康儲蓄帳戶 (HSA) 或者彈性消費帳戶 (FSA) ？	是	否	如是 · 当前可用金額為： \$ _____

我理解衛理公會健康系統 (MHS) 會在對此申請進行相應地評估時確認此經濟援助申請表 (FAP) 中所包含的經濟信息。我在此簽名表示授權我的雇主或在此申請表中列出的任何個人證明或提供與此申請所提供的信息相關的詳細資料。我同時授權 MHS 向信用報告機構和社會安全局 (SSA) 請求報告。我保證 · 在此申請表中所作出的陳述是基於本人所知所信而真誠做出的 · 是真實且正確的。我知道 · 在此申請表中偽造或虛假陳述有關信息會造成經濟援助被拒絕。我進一步瞭解 · 醫生和健康服務提供者不是 MHS 的雇員。我理解我可能會收到來自那些健康服務提供者的賬單 · 而此經濟援助申請不適用於那些賬單的欠款餘額。

患者或責任人簽名	姓名印刷體	日期
40795C (11-20)		

請將填寫完成的申請表郵寄到：

Methodist Health System  
CC 90840  
PO Box 655999  
Dallas, TX 75204