SSMHealth Rehabilitation Network

財務援助申請表

第一部分：患者資訊
請在接受醫療服務時以書寫體填寫您的全名以及本部分所列的其他資訊。

帳號 _____ 服務日期 _____

患者姓名：

姓氏 名字 中間名縮寫

地址：_____ 市：_____ 縣：_____

街道及號碼

居住地（州）_____ 郵遞區號：_____ 出生日期：____/___/ ____ 婚姻狀況：☐ 單身☐ 已婚☐ 離異

主要電話號碼：(_____) _____ ☐ 家庭☐ 手機☐ 工作☐ 其他 _____

電子郵箱位址：_____

接受醫療服務當日所持有的醫療保險：☐ 沒有保險 ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ 其他_____

第二部分：家庭收入與資產
請提供您自己、您的配偶及所有其他家庭成員的收入（如適用）。

收入來源	接受醫療服務前 3 個月的總額	接受療服務前 12 個月的總額
工資/自主就業	$	$
社會保障	$	$
養老金、股息、利息、租金收入	$	$
失業補助、勞工賠償	$	$
子女撫養費（僅限患者為預期領取人的情況）	$	$
其他	$	$

截至申請之日的總淨資產（資產-債務）：$_____

第三部分：家庭資訊與收入
列出您家中所有的家庭成員及其出生日期。

請提供在您家中居住的所有直系親屬的下述資訊。如為 HCAP（醫療機構相關性肺炎），則家庭成員指患者、患者配偶以及在患者家中生活的所有不滿 18 歲的子女（無論親生子女還是領養子女）。若患者不滿 18 歲，則家庭成員應包括父/母、患者的親生父/母或養父/母，以及在父/母家中生活的父/母所有不滿 18 歲的子女（無論親生子女還是領養子女）。

家庭成員（包括父/母）的姓名 出生日期 與患者的關係

1.患者

2.

3.

4.

5.

6.

本人在以下簽名，證實本人在本申請表及附件中所述的一切均屬實。

負責方簽名：x _____ 日期：_____

本人在以下簽名，證實本人已審查並批准了該申請。

醫院 CEO 簽名：x _____ 日期：_____

請將申請表填妥後交回：**SSM Rehabilitation Network**

12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700

版本 1/2021