

附件 D

Baptist 医院



Baptist Jacksonville
Baptist South
Baptist Beaches
Baptist Nassau
Baptist Clay
Baptist Town Center
Baptist North
Wolfson Children's Hospital

医疗服务财务援助申请表

日期: 账户:

Table with 2 columns: 患者信息 (Patient Information) and 担保人信息 (若非患者本人) (Guarantor Information (if not patient)). Rows include fields for name, address, city, state, zip, phone, work phone, birth date, social security number, and marital status.

包括有关个人、配偶、共同生活的 18 岁以下受抚养子女及 25 岁以下受抚养全日制学生的信息

Table with 4 columns: 姓名 (Name), 关系 (Relationship), 出生日期 (Date of Birth), 社保编号 (Social Security Number). Multiple empty rows for data entry.

工作经历/收入记录

列出全体家庭成员在过去十二 (12) 个月的工作经历及其他周收入来源/金额

Table with 5 columns: 家庭成员 (Family Member), 雇主 (Employer), 雇主 电话号码 (Employer Phone Number), 月薪 (Monthly Salary), 雇佣日期年/月 - 年/月 (Employment Date Year/Month - Year/Month). Multiple empty rows for data entry.

其他收入记录

列出全体家庭成员在过去十二 (12) 月的所有其他月收入来源

其他月收入	家庭成员 姓名	自	至	金额
社保				
投资收入				
退休金				
SSI				
失业				
工伤赔偿				
赡养费				
贫困家庭临时救助				
退伍福利				
租赁财产				
养老保险				
子女抚养				
利息收入				
其他				
其他收入合计				
工资及其他收入合计				

资产

现金、存款、支票账户	\$
存单	\$
美国储蓄债券、美国长期国库券/短期国库券	\$
股票、共同基金、信托基金	\$
退休收入 (401K、403K、个人退休账户收入)	\$
除主要居所外，是否拥有其他住宅/ 房产：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	\$ (公允价值)
其他住宅/房产地址	
总资产	\$

本人允许现雇主及前雇主和/或本人配偶的现雇主及前雇主向 Baptist Health System 提供雇佣及薪资信息。本人谨此声明，于此财务援助申请表中提供的信息均属真实、完整、准确。Baptist Health System 可全权决定是否需要收入证明来核实领取慈善照护的资格。

本人允许 Baptist Health 获取我的信用报告，以辅助评估本人提交的财务援助申请。

根据佛罗里达州法令第 817.50 节之规定，向医院提供虚假信息以骗取院方提供的医疗产品/项目或服务当属二级轻罪。

申请人/担保人： _____ 日期： _____

见证人： _____ 日期： _____

医院代表： _____ 日期： _____

以下信息供医院核实薪资

雇主：	核实薪资：
公司代表：	雇员签名：