



7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
电话：214-489-7252，邮箱：tifsfa@tifs.org

日期：\_\_\_\_\_ 担保人姓名：\_\_\_\_\_

患者姓名：\_\_\_\_\_ 服务日期：\_\_\_\_\_

医院账号 \_\_\_\_\_ 病历号 \_\_\_\_\_

尊敬的患者：

所附文件为 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 《经济援助申请表》。您填妥此申请表后，我们就能出示您的账户，以便考虑为您的医院账单提供经济援助。只能用于支付您的医院费用。

我们知道您希望保有隐私权。因此，除用于验证用途外，申请表中的所有信息将被视为机密信息。我们只会基于“需知”原则与 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 的工作人员中分享这些信息。

请填写申请表中的各项内容。如有必要，可在申请表的背面做进一步说明。

请提供您当月和前两个月的工资单复印件和/或任何其他形式的家庭收入证明。如果没有收到支票存根，请提供显示您每月存款的银行对账单复印件。如果是自雇人员，请提供您最近提交的个人所得税纳税申报表复印件和当期损益报表。如果不能提供所要求的文件，我们可能拒绝考虑提供经济援助。

请务必在收到此申请表后尽快填妥并交回，这一点极其重要。

如果在填写此申请表时遇到困难或者有不清楚的地方，欢迎来电咨询。谢谢您的合作。



7115 Greenville Avenue  
 Dallas, TX 75231  
 电话: 214-489-7252, 邮箱: tifsfa@tifs.org

**经济援助申请表 — 第 1 页**

患者姓名:          姓氏          名字          中间名         

社会保险号          出生日期:          医院账号:         

已婚          未婚          离异          丧偶          分居         

您是否有未成年子女 (18 岁以下)?          是          否           
 他们是否与您同住?          是          否           
 他们是否是您亲生/合法领养子女?          是          否           
 患者是否有工作?          是          否           
 配偶是否有工作?          是          否           
 您是否有医疗保险?          是          否           
 您是否残疾? 已经多长时间了?          是          否           
 您是否是退伍军人?          是          否         

**家庭成员 — (住在家里)**

配偶:     
 子女:                          年龄:           
 子女:                          年龄:           
 子女:                          年龄:           
 子女:                          年龄:         

**收入 (每月金额) :**

	<u>毛收入</u>	<u>净收入</u>	<u>支出</u>	<u>每月金额</u>
患者	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	按揭/租金	\$ <u>                </u>
配偶	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	公用事业费	\$ <u>                </u>
家属	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	汽车开支	\$ <u>                </u>
公共援助	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	食品/杂货	\$ <u>                </u>
食品券	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	信用卡	\$ <u>                </u>
社会保障	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	其他 (请注明)	\$ <u>                </u>
失业	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
罢工津贴	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
工伤赔偿	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>	<b>总计</b>	\$ <u>                </u>
赡养费	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
子女抚养费	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
军用拨款	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
养老金	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
来自定期存款的 租金、股息				
利息收入	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		
<b>总计</b>	\$ <u>                </u>	\$ <u>                </u>		

**资产**

支票账户    \$                   
 储蓄账户    \$



7115 Greenville Avenue  
Dallas, TX 75231  
电话: 214-489-7252, 邮箱: tifsfa@tifs.org

定期存款、个人退休金账户 \$ \_\_\_\_\_  
其他投资 (股票、债券等) \$ \_\_\_\_\_  
主要住宅以外的房产/土地 \$ \_\_\_\_\_

经济援助申请表 — 第 2 页

雇主名称 \_\_\_\_\_ 配偶的雇主: \_\_\_\_\_  
电话号码 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_  
雇主地址 \_\_\_\_\_ 雇主地址 \_\_\_\_\_  
职业 \_\_\_\_\_ 职业 \_\_\_\_\_

您目前是否正在申请医疗补助福利? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
您是否已经通过县医院/扶贫计划申请援助? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
您的医生是否免费为您提供服务? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
是否有任何可能对您的事故/伤害/ 疾病负责的第三方? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
是否有人援助您支付医院账单? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
谁在援助您? \_\_\_\_\_  
您目前收到多少援助? \_\_\_\_\_

请列出您认为有助于我们确定您是否有资格获得医院账单支付援助的任何其他信息。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

在您因病休假期间将收到的预期收益和/或资金 (病假、带薪休假、短期/长期伤残收入)。 \$ \_\_\_\_\_

您无法工作和/或赚取工资的预期时长: \_\_\_\_\_

我明白, Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 可能验证本申请表中与医院对本申请表的评估相关的财务信息, 并据此授权医院联系我的雇主, 以证明所提供的信息和索要信用报告机构出具的报告。我知道, 这些信息将用于确定我是否有资格获得经济援助, 若本申请表中存在虚假信息, 可能导致我的经济援助护理援助申请遭拒。我也明白, 如果我有从第三方或其他来源获取援助, 所批准的任何经济援助可能会被全部或部分撤消。

我还明白, 我接受的任何经济援助护理不应被解释为医院放弃其医院留置权以报销我所欠的任何款项, 而且我收到的与本次住院相关的任何报销必须送至 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery。

申请人签名 (患者) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

申请人签名 (非患者) \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

患者地址 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县邮政编码 \_\_\_\_\_ 家庭电话 \_\_\_\_\_