

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
電話：214-489-7252，電子郵件：tifsfa@tifs.org

日期：_____ 擔保人姓名：_____

病人姓名：_____ 服務日期：_____

醫院帳號 _____ 病歷號 _____

尊敬的病人，您好！

附件是 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 的經濟援助申請表。填完申請表後即可提交您的帳戶以供考慮是否能為您提供醫療費用的經濟援助。這僅用於支付您的住院費用。

我們理解您希望保護好隱私。因此，除用於驗證目的外，申請表所含資訊將視為機密資訊，只會在 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 內部且僅在「需要知道」的情況下共享。

請完整填寫申請表上的每一項。如需要更多空間用於解釋，請使用申請表背面。

請提供您本月及前兩個月的薪資單副本和/或其他家庭收入證明。如未收到薪資單，請提供顯示每月存款的銀行對帳單副本。如是自僱人士，請提供最近提交的個人所得稅申報表副本和最新損益表。如不提供所需文件可能導致經濟援助申請遭拒。

收到此申請表後，請務必盡快填寫並寄回。

如在填寫此申請表時遇到困難或有任何不清楚的地方，請致電詢問。衷心感謝您的合作。

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 電話：214-489-7252， 電子郵件：tifsfa@tifs.org

經濟援助申請表 – 第 1 頁

患者姓名： 姓氏 _____ 名字 _____ 中間名縮寫 _____

社會保障號 _____ 出生日期： _____ 帳號： _____

已婚 _____ 未婚 _____ 離婚 _____ 喪偶 _____ 分居 _____

您是否有未滿 18 歲的未成年孩子？	是	否
他們是否與您同住？	_____ 是	_____ 否
他們是否是您親生/合法收養的孩子？	_____ 是	_____ 否
您是否在工作？	_____ 是	_____ 否
配偶是否在工作？	_____ 是	_____ 否
您是否有醫療保險？	_____ 是	_____ 否
您是否是醫療共享/費用分擔計劃的成員？	_____ 是	_____ 否
您是否在領取身心障礙補助？多久了？ _____	_____ 是	_____ 否
您是否是退伍軍人？ _____	_____ 是	_____ 否

同住的家庭成員

配偶： _____

孩子： _____ 年齡： _____

孩子： _____ 年齡： _____

孩子： _____ 年齡： _____

孩子： _____ 年齡： _____

月收入金額：

	<u>總收入</u>	<u>淨收入</u>	<u>支出</u>	<u>每月金額</u>
病人	\$ _____	\$ _____	房貸/租金	\$ _____
配偶	\$ _____	\$ _____	公用事業費	\$ _____
受撫養人	\$ _____	\$ _____	汽車付款	\$ _____
公共援助	\$ _____	\$ _____	食雜品/ 雜貨	\$ _____
食品券	\$ _____	\$ _____	信用卡	\$ _____
社會保障金	\$ _____	\$ _____	其他 (請註明)	\$ _____
失業金	\$ _____	\$ _____		\$ _____
罷工津貼	\$ _____	\$ _____		\$ _____
工傷賠償	\$ _____	\$ _____		\$ _____
贍養費	\$ _____	\$ _____	總計	\$ _____
孩子扶養費	\$ _____	\$ _____		\$ _____
軍人配給	\$ _____	\$ _____		\$ _____

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 電話：214-489-7252, 電子郵件：tifsfa@tifs.org

養老金	\$ _____	\$ _____
收入來源：定期存款		
租金、股息		
利息	\$ _____	\$ _____
總計	\$ _____	\$ _____

資產

支票帳戶	\$ _____
儲蓄帳戶	\$ _____
定期存款、個人退休帳戶 (IRA)	\$ _____
其他投資 (股票、債券等)	\$ _____
主要住宅以外的房產/土地	\$ _____

經濟援助申請表 – 第 2 頁

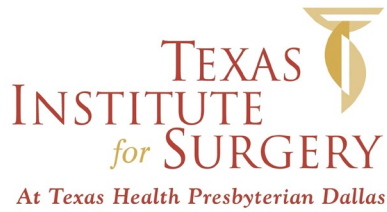
雇主名稱 _____ 電話號碼 _____ 雇主地址 _____ 職業 _____	配偶的雇主： _____ 電話號碼 _____ 雇主地址 _____ 職業 _____
--	--

您目前是否在申請聯邦醫療補助 (Medicaid) 福利？	_____ 是	_____ 否
您是否曾向所在縣醫院/赤貧救助計劃申請過援助？	_____ 是	_____ 否
您的醫生是否提供免費醫療服務？	_____ 是	_____ 否
是否有任何可能需承擔責任的第三方須為您的事故/傷害/疾病負責？	_____ 是	_____ 否
是否有人在幫您支付醫院帳單？	_____ 是	_____ 否
誰在幫您？	_____	
您在領取多少資助？	_____	

請列出您認為有助於評估您是否符合醫院帳單支付援助資格的其他資訊。

因病休假期間預期可得的收入及/或所得款項 (含病假、帶薪休假、短期/長期傷殘津貼)。\$ _____

預計您將無法工作和/或獲得工資的時長： _____



7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
電話：214-489-7252，電子郵件：tifsfa@tifs.org

本人明白，Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 可能為評估本申請案目的驗證本申請表所載財務資訊，並特此授權醫院聯絡本人雇主以驗證所提供資訊，並向信用報告機構索取報告。本人知道，這些資訊將用於認定本人是否有資格獲得經濟援助，而且，在此申請表中提供虛假資訊可能導致本人被拒絕獲得經濟援助。本人也明白，如從第三方或其他來源收回款項，任何經濟援助批准都可能全部或部分撤銷。

本人也明白，本人所接受的任何經濟援助醫護均不應解釋為醫院放棄其對本人所欠任何款項的醫院留置權，而且本人所收到與本次住院相關的任何報銷款項都須送交 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery。

申請人簽名 (若是病人本人)

日期

申請人簽名 (若非病人本人)

關係

病人地址 城市 週 郵遞區號 縣

家居電話號碼