

財務資訊表/財務協助申請書

關於協助填寫本文件或如果您有任何問題，請致電 713.338.5502 或 800.526.2121 -- 按 5

患者姓名：	電話號碼：
患者街道地址：	市/州/郵遞區號：
帳戶編號：	服務日期：

指示： 必須回答所有問題。如果問題不適合，請在該行寫上不適用 (N/A)。
 請附上一份含照片的身分證明影印本 (範例：含照片的州政府發出的駕照或護照等) *
 請附上最近的所得稅申報表影印本 或附上一份下列收入證明的影印本：
 * 如果無法提供有照片的身分證，可以使用顯示身分的其他文件。如需協助，請連絡上述電話號碼。

<input type="checkbox"/> 最近 2 筆薪資存根	<input type="checkbox"/> Social Security 支票或經援通知信 (award letter)
<input type="checkbox"/> 失業津貼確認單	<input type="checkbox"/> 說明員工姓名、職業、時薪、工作時數的雇主信件

*** 若無支持文件，本次申請不視為完整申請。***

身分狀態：	<input type="checkbox"/> 永久 Texas 居民	<input type="checkbox"/> 合法居民	<input type="checkbox"/> 移民簽證	<input type="checkbox"/> 非移民簽證	
婚姻狀態 (請勾選一項)：	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 單身	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 喪偶	<input type="checkbox"/> 其他 _____

18 歲以下的子女及住家中受扶養親屬 (如果需要，請繼續填寫另一頁)

全名：	出生日期：	受扶養親屬關係 (請勾選一項)				
		子女	繼子女	監護人	成年/年長	無關係

就業摘要	
患者	配偶
僱主	僱主
職業	職業
就業狀態 (請勾選一項)	就業狀態 (請勾選一項)
<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 失業
<input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 無法返回工作	<input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 無法返回工作

每月住家收入			每月住家費用 (不適用於 FAA)		
患者	\$ _____	/月	住家：	自有/貸款	租賃
配偶	\$ _____	/月	購屋費用	\$ _____	/月
贍養費	\$ _____	/月	公用事業設備 (電力、水)	\$ _____	/月
失業	\$ _____	/月	汽車 # 1	\$ _____	/月
子女撫養	\$ _____	/月	汽車 # 2	\$ _____	/月
遺屬福利	\$ _____	/月	汽油	\$ _____	/月
員工保險	\$ _____	/月	保險	\$ _____	/月
信託基金	\$ _____	/月	電視/有線電視/電話	\$ _____	/月
其他	\$ _____	/月	食物	\$ _____	/月
總收入	\$ _____	/月	總費用	\$ _____	/月

銀行帳戶/其他資產 (必須回答全部 3 個問題)：			(不適用於 FAA)	
支票帳戶？ (請圈選一項)	是	否	目前餘額	\$ _____
儲蓄帳戶？ (請圈選一項)	是	否	目前餘額	\$ _____
其他財產？ (請圈選一項)	是	否	目前價值	\$ _____
如果圈選是，請說明： _____				

請見反面



請見反面

財務資訊表/財務協助申請書

患者姓名：

- 依據偽證罪之懲處，本人證明就我個人所知，本人所提供之回答為真實及正確。
- 本人提供的資訊反映住家的收入及費用。
- 此資訊及信用報告及其他公開現有的資訊，可能由 Memorial Hermann 用於建立支付計劃、和/或開始財務協助申請、和/或判斷各種計劃、承保或協助的資格。
- 本人同意 Memorial Hermann 取得任何來源的資訊，用於驗證本人的聲明。
- 如果提供的資訊不完整，或不足以判斷您的財務協助資格，或是如果您不符合資格條件，您將會收到來自 Memorial Hermann 的書面通訊。如果您符合財務協助資格，您也將會收到書面通知。
- 申請財務協助的患者可能具有當地、州政府或聯邦計劃的資助資格。判斷財務協助資格之前，患者預期將先申請這些計劃。Memorial Hermann 將協助個人申請這些計劃。未能申請這些計劃，可能對於患者的財務協助申請考量有不良影響。
- 本人證明下列事實：本人已申請所有可能的保險承保，包括 Medicaid、Crime Victims、Health Exchange Insurance 及任何其他當地、州政府或聯邦承保。
- 本人了解如果本人不符合財務協助資格，本人將負責照護服務的費用。

患者/監護人簽名

日期

完成本申請表后，請將本表及所需全部文件一併郵寄、傳真或電郵寄送至：

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
傳真：713.338.4261
電郵：
MHFFinancialAssistance@memorialhermann.org

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

請見反面

請見反面

MEMORIAL
HERMANN