

财务评估申请表

根据联邦贫困收入标准，如果您认为自己可能有资格申请经济援助，请填写本申请表并随下列所需文档一起送返。

注意事项： 如果没有收入证明和填写完整并签名的申请表，经济援助的申请将不受考虑。

请提供下列所有适用于您家庭成员的收入证明（申请人/患者、配偶/另一半和合法抚养之家属成员）。

1. 雇主提供的支票存根或声明，说明最近三 (3) 个月的总收入情况。
2. 如果您是个体经营者，请提供上一季度的企业财务报表副本和上一年的企业纳税申报表副本。
3. 失业申请被拒绝或接受的相关文件以及所收到的额度。
4. 社会安全资格信或社会安全支票副本。（如果您使用接银行入账，我们需要您提供银行对账单副本以作为收入证明。）
5. 一月至三月期间可接受上一年已签名的所得税申报表。四月至十二月期间可接受本年度的纳税申报表。
6. 乔治亚州居住证明（房屋租赁合同、水电费账单、房产税评估通知）。
7. 任何其他收入来源证明，譬如子女抚养费、赡养费、信托基金或物业租赁。
8. 如果过去三 (3) 个月内您没有任何收入，请邮寄：
 - a. 一份已签名并注明日期的声明，解释您经济困难之缘故。
 - b. 由提供食物和住所的人出具的公证声明。

未能提交所需的信息可能导致您的申请被拒，这是由于您的财务资格无法被确认。

电话：678-312-4406

电子邮件：financialcounselor@gwinnettmedicalcenter.org

请将申请表和收入证明寄回至：

Gwinnett Hospital System
P.O. Box 348
Lawrenceville, GA 30046
Attn: Financial Counselor

“经济援助计划” (Financial Assistance Program) 审批仅对 Gwinnett Hospital System 内产生的费用有效。本计划不包括病理科、心脏科、放射科、麻醉科、私人医师、救护车或药物等医师相关费用。

本计划与 Medicaid 或 Medicare 无关。

此申请表在您申请经济援助 (Financial Assistance) 的 90 天内有效。

财务评估申请表

患者法定姓名: _____ 社会安全号: _____
 邮寄地址: _____ 州/市: _____ 邮编: _____
 居住地址 (如不同): _____ 州/市: _____ 邮编: _____
 家庭电话: _____ 手机: _____ 办公电话: _____
 雇主: _____ 职业: _____ 月总收入 \$ _____

家庭成员列表: (根据联邦政府的定义, 家庭成员包括申请人、配偶和所有合法抚养家属成员)

家庭成员姓名	出生日期	性别	与患者的关系	社会安全号	雇主/雇佣日期	每月总收入
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$

您每月收到的其他收入来源:

补充保障收入 (SSI) \$ _____
 社会安全残障保险 (SSDI) \$ _____
 失业保险 \$ _____
 食品券 \$ _____
 福利 (AFDC) \$ _____
 退伍军人福利 (VA) \$ _____
 养老金/退休金福利 \$ _____
 子女抚养费 \$ _____
 利息/投资股息 \$ _____
 其他收入: \$ _____

资产:

储蓄账户 \$ _____
 支票账户 \$ _____
 股票/债券 (市值) \$ _____
 定存单面值 \$ _____
 休闲车 \$ _____
 汽车/卡车 \$ _____
 其他资产: \$ _____

家庭生活开支:

住房按揭或房租:
 1. 每月按揭/房租支付 \$ _____
 2. 房地产税/保险 \$ _____
 3. 房屋评估价值 \$ _____
水电等费用: (水、垃圾、电、天然气、
 宽带和电话/呼机) \$ _____
食物/洗漱用品/化妆品: \$ _____
汽车支付总额:
 1. 汽车支付 \$ _____
 2. 第二辆汽车支付 \$ _____
 3. 汽油 \$ _____
 4. 汽车保险 \$ _____
 5. 汽车修理费 \$ _____
信用卡: \$ _____
贷款: \$ _____
保险费:
 1. 人寿保险 \$ _____
 2. 医疗保险 \$ _____
医疗保健费用:
 1. 医疗账单 \$ _____
 2. 牙医账单 \$ _____
 3. 处方药 \$ _____
托儿费用: \$ _____
其它费用: \$ _____

本人特此声明, 就我所知所信, 此表格所含信息是完整且正确无误的。该表格将用于评估我的财务状况以及支付我从 Gwinnett Hospital System 接受的医院服务我所签署担保之账户费用的能力。我授权我的雇主公布有关我收入的信息, 以用作评估我的财务需求的必要信息。我同意一旦我的经济状况发生任何改变并影响我的支付能力, 我将立即通知 Gwinnett Hospital System。由于申请经济援助, 我明白 Gwinnett Hospital System 可能会调查我 (我们) 的信用记录。

签名: _____ 日期: _____

配偶签名: _____ 日期: _____
 (如果已婚, 需要配偶签名)