

日期:

敬启者:

随函附上一份“个人财务报表”，这份报表将用于确定您是否有资格获得经济援助。为了使您的援助申请得到处理，您将需要在十五 (15) 个日历日内完成并签署整个表格，并提交以下物项的副本：

- 过去三个月的所有收入来源。
- 家庭中负责任成员的最近三个月工资单的副本。这包括残疾支票。
- 所有银行账户、存款证、股票、债券、房地产、401(K) 等的对账单。
- 最近的州和联邦所得税纳税申报表，包括 W2 和附表 C、D、E 和 F。如果您没有填写纳税申报表，我们需要一份美国国税局 (IRS) 的声明，表明您没有提交纳税申报表。您可以拨打 800.829.1040 致电 IRS 来获取此信息。
- 如果您没有工作，我们也可以接受来自失业办公室的声明，表明您没有工作以及失业多长时间。
- 健康保险卡

重要的是，您必须寄回上述所有物项，包括已填妥并签署的个人财务报表。若没有上述信息，您的申请便无法得到处理，并且您将受到 OrthoIndy Hospital 财务政策的约束。获取信用报告需要您的签名。

如果您有任何问题或在获得必要信息时有困难，请拨打 317.773.4225 致电我们的患者财务服务部经理。

谨致，

患者财务服务部

患者账号: _____ 寄件人: _____

个人财务报表必须在 10 个工作日内完成并装入回邮信封寄回。您将需要附上三个月的当前工资单和/或社会安全证明, 以及当年的纳税申报单, 以便核实收入。

如果个人财务报表不完整, 和/或没有提供所要求的信息, 援助将不予考虑。

患者信息

患者姓名: _____ 账号: _____

担保人姓名: _____ 电话号码: _____

地址: _____ 出租 自有 SSN: _____

_____ 社会安全号码: _____

婚姻状况: _____ 受抚养人数量: _____

受抚养人: _____ 年龄: _____ 受抚养人: _____ 年龄: _____

受抚养人: _____ 年龄: _____ 受抚养人: _____ 年龄: _____

受抚养人: _____ 年龄: _____ 受抚养人: _____ 年龄: _____

就业情况

担保人的雇主: _____ 受雇年限: _____

地址: _____

薪资: _____ 计薪时间: 每周 每月 每年 职称: _____

担保人的雇主: _____ 受雇年限: _____

地址: _____

薪资: _____ 计薪时间: 每周 每月 每年 职称: _____

配偶的雇主: _____ 受雇年限: _____

地址: _____

薪资: _____ 计薪时间: 每周 每月 每年 职称: _____

其他月收入 (请勾选适用项):

补充保障收入 (SSI), \$ _____

退休金: \$ _____

受抚养子女援助 (ADC): \$ _____

子女抚养费: \$ _____

失业金: \$ _____

退伍军人管理局 (VA) 福利: \$ _____

其他: _____

食品券: 是 否

保险信息

您是否有保险来支付医院费用? 是 否

您是否申请过 Medicaid? 是 否

是否得到批准? 是 否 拒绝

个案工作者姓名: _____

电话号码: _____

主要保险的名称: _____

保单号码: _____

保单持有人的姓名: _____

生效日期: _____/_____/_____

第二保险的名称: _____

保单号码: _____

保单持有人的姓名: _____

生效日期: _____/_____/_____

患者账号: _____ 寄件人: _____

资产

支票账户号码: _____ 银行: _____ 账户余额: _____

地址: _____

储蓄账户号码: _____ 银行: _____ 账户余额: _____

地址: _____

其他资产

请勾选适用项: 存款证 (CD) 的 储蓄债券 股票 信托基金 其他

金融机构: _____ 总价值: _____

金融机构: _____ 总价值: _____

金融机构: _____ 总价值: _____

房地产/住宅

住宅的估计价值: _____ 抵押贷款余额: _____

(您期望从您的住宅出售中获得的金额。)

本人特此证明, 据我所知, 对上述问题的回答是正确且真实的。签名: _____ 日期: ____/____/____

附加信息可以列在下面, 如果需要的话, 可以另外提供附加页:

如果您对所要求的任何信息有任何疑问, 请致电
317.773.4225。

我特此允许 OrthoIndy Hospital 获取我和我的配偶的信用报告:

签名: _____ 日期: ____/____/____

若要继续进行申请流程, 则必须签名并提供所有适用信息。