

财务援助申请

姓名：_____ 社会安全号码：_____

街道地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____ 电话号码：_____

雇主：_____ 受雇年限：_____

您是否已婚？__是__否 配偶姓名：_____

受抚养人人数 (包括您本人)：_____ 年龄：_____

家庭成员人数：_____

患者收入信息

工资：\$ _____

此金额为：__时薪__月薪__年薪

失业救济金：\$ _____

社会保障金或残障福利：\$ _____

家庭抚养援助金：\$ _____ 子女抚养费：
\$ _____

储蓄账户：\$ _____

支票账户：\$ _____

其他：\$ _____

配偶或其他家庭成员的收入信息

工资：\$ _____

此金额为：__时薪__月薪__年薪

失业救济金：\$ _____

社会保障金或残障福利：\$ _____

家庭抚养援助金：\$ _____ 子女抚养费：
\$ _____

储蓄账户：\$ _____

支票账户：\$ _____

其他：\$ _____

请随本表一并提交以下适用文件(患者/配偶)：

收入证明

最近两张工资单

去年的纳税申报表或未报税证明

收入核定通知函

资产

过去两个月的全部银行对账单
(支票账户及储蓄账户)

过去两个月的全部投资账户/共同基金/货币市
场账户对账单

过去两个月的退休账户对账单

所有车辆所有权证/登记证

所有人寿保险保单

企业资产证明文件

信托文件

非主要居所的产权文件

以上信息真实无误：

签名：_____ 日期：_____

在申请的任何阶段，Emory 可能会要求您提供更多信息或文件，以协助评估您是否符合经济援助资格。如您的财务状况发生变化，Emory 也可能要求您重新提交一份申请。

财务援助的批准有效期最长为 6 个月。为保持资格，患者必须全力配合所有经 Emory 批准的供应商；-这些供应商协助评估患者是否符合联邦、州和《平价医疗法案》(ACA) 相关项目的资格。

提供虚假、不完整或误导性信息可能会导致财务援助被追溯性拒绝或减少，并且，您可能需承担由此产生的差额。Emory Healthcare 保留根据《财务援助政策》随时审查您的资格，并对账户进行必要调整的权利。