

财务援助申请表

为了帮助我们评估您申请财务援助的资格，我们建议您在提交本申请前联系 Family Health Coverage Program（家庭健康保障计划），联系电话为267-426-0359（免费电话1-800-974-2125）。未提供准确完整的信息或所需文件可能会影响您的财务援助资格。

患者姓名：_____ 出生日期 _____

患者地址：_____

城市：_____ 州：_____ 国家 _____ 邮政编码/邮区编号：_____

社会安全号码：_____ 账号：_____ 服务日期：_____

担保人姓名：_____

担保人地址：_____

担保人电话：_____

家庭成员人数：_____ 在当前地址居住时间：_____ 年 _____ 月

收入信息（每月）

请提供您家中成年人的以下信息。如有需要，请附加额外页面。如任何类别不适用，请填写“N/A”。

1. 姓名：_____	与患者关系：_____
雇主：_____	每周工作时数：_____
领薪频率：_____	月薪：_____
社会安全金：_____	残疾补贴：_____
退休金/养老金：_____	子女抚养费：_____
赡养费：_____	公共援助：_____
失业救济金：_____	其他：_____

2. 姓名：_____	与患者关系：_____
雇主_____	每周工作时数：_____
领薪频率：_____	月薪：_____
社会安全金：_____	残疾补贴：_____
退休金/养老金：_____	子女抚养费：_____
赡养费：_____	公共援助：_____
失业救济金_____	其他：_____

每月总收入（上述所有月收入来源的总和）：\$ _____

家庭开支（每月）

请在下方空白处填写您的家庭开支。如任何类别不适用，请填写“N/A”。

房贷：_____ 房租：_____ 公用事业费：_____

食品：_____ 医疗账单：_____ 保险（健康/人寿）：_____

信用卡：_____ 汽车贷款：_____ 汽车保险：_____

儿童/成人看护费用：_____

每月总开支（上述所有月开支的总和）：\$_____

其他财务情况（非必填项）：_____

可用资产

请在下方空白处填写您的可用资产。如任何类别不适用，请填写“N/A”。

银行/金融机构名称：_____

当前储蓄账户余额：_____ 当前支票账户余额：_____

所有维持的其他账户当前余额：_____

投资（描述）：_____

其他个人财产：_____

资产总值（上述所有资产信息的总和）：\$_____

信息真实性与授权声明

我证明，本财务援助申请表中提供的信息，包括任何附件，据我所知均真实无误。

我证明，基于我的收入、可用资产和其他财务状况，我无法承担由 The Children's Hospital of Philadelphia 或其附属机构提供的服务所产生的财务责任。我理解我在本表格上所做的声明将接受调查和验证。我理解我将被要求提供本表格上填写的收入信息的证明，并且我同意协助 The Children's Hospital of Philadelphia 获得必要的验证材料。我特此授权将我所提供的信息发布给州 Medicaid 机构和 Medicaid 管理组织。我进一步同意，如果在接下来的一年内本表格上的任何信息发生显著变化，我将立即通知 The Children's Hospital of Philadelphia。

签名

工整填写的姓名

与患者的关系

日期

担保人签名

日期