



亲爱的患者/担保人,

我们目前正在审核您的帐户。为了审查该账户的经济援助，我们要求提供以下文件：

- A. 一份完整的财务评估申请表。
- B. 您去年的纳税申报表以及所有支票和储蓄账户的最新报表的副本。
- C. 您最近 4 周的工资单、失业支票、社会保障福利声明和/或家庭养老金/退休福利声明的副本。
- D. 支持信；如果您从家人、朋友和/或配偶以外的组织获得经济、住房、食物/衣服和/或其他支持。
- E. 如果您领取政府补贴住房、SNAP（食品券），或者您的直系亲属有 SoonerCare/Medicaid，请同时提供这些文件的证明。

这些项目是记录您的财务状况以及我们处理您的援助请求所必需的。

请尽快归还所要求的物品。如果您有任何疑问，可以致电 (918) 494-6500。如果需要任何其他信息，我们将与您联系，并通知您所做的决定。感谢您选择圣弗朗西斯健康系统来满足您的医疗保健需求。

还给：

Attn: Financial Counseling
Saint Francis Health System
6161 S Yale Ave
Tulsa, OK 74136

真挚地，
圣弗朗西斯卫生系统
患者金融服务

病人全名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄	出生日期
是否美国公民	俄克拉何马州居民	是否已申请医疗援助 (MEDICAID)		如果是, 请说明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		年
您或您的配偶是否属于自雇	您是否提交了联邦退税申请	州返税	您是否有第三方保险	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否参加了交换计划				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 如果否, 为什么?				

责任方信息	申请人		申请人配偶		
	姓名		姓名		
	地址		市	州	邮编
	电话号码 ()	手机 ()	电话号码 ()	手机 ()	
	社会安全号码		社会安全号码		
	雇主		雇主		
	如果失业, 最后工作日期		如果失业, 最后工作日期		
	最后接受体验日期		最后接受体验日期		

家庭和病人信息	家中居住家庭成员人数				
	姓名	出生日期	年龄	关系	社会安全号码

家庭收入 列出每笔金额	病人		配偶		
	薪金/工资/小费	利息/股息	赡养费	社会保障	养老金/退休金
	失能	失业	劳工赔偿	自雇 - 附表C	
	薪金/工资/小费	利息/股息	赡养费	社会保障	养老金/退休金
失能	失业	劳工赔偿	自雇 - 附表C		

家庭资源 列出现值	支票帐户		
	储蓄帐户		
	IRA / 401K / 430B		
	食品券 (列出收到的金额)	WIC <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (需要资格认定函)	低收入住房 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (需要资格认定函)
	房产 (自己居住以外的房屋或房产) - 说明及位置	市值 \$	
此次医院服务/医生服务是否由您期望藉此得到解决的人身伤害/事故造成的?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 预计金额 \$	

我特此承认, 我已阅读本文件。已经以印刷格式提供本文件或者用我的母语向我解释, 我已了解。兹证明有关收入和资产的所有信息均属实。我明白, 我提交的有关收入、资产、负债和家庭人口的信息需进行核实。本人特此授权公布个人、大学或学院、企业、公共或私人组织的任何必要信息, 以确定我的资格。我将自己对利益、款项以及住院、疾病或意外事故责任保险的应付款享有的一切权利都指定并转移给圣弗朗西斯卫生系统 (Saint Francis Health System)。我明白, 未披露信息和/或支付会导致申请遭到拒绝。

病人 - 签名	日期	时间
填表人 (如果非病人本人填写) - 签名	与病人之间的关系	日期
口译/证人 - 签名		病人标签

日期	时间
----	----

