

**JENNIGS 美國退伍軍人協會醫院**

**經濟援助申請表**

患者姓名: \_\_\_\_\_ 帳號: \_\_\_\_\_

**個人資訊:**

責任方:

配偶:

姓名: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

社會保險碼: \_\_\_\_\_

社會保險碼: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

**工作資訊:**

責任方:

配偶:

工作單位: \_\_\_\_\_

工作單位: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

工資 (美元) \_\_\_\_ 時/周/月/年

工資 (美元) \_\_\_\_ 時/周/月/年

失業 \_\_\_\_\_

失業 \_\_\_\_\_

**其他家庭成員:**

姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

**其他收入/資產:**

請提供本人當前的全部其他收入, 包括股票、債券、信託、利息收入、股息及租賃收入。

\_\_\_\_\_

**您必須提供以下至少一項:**

\_\_最近一次聯邦/州個人所得稅證明

\_\_最近連續三 (3) 次支票存根

最近兩（2）個月銀行對帳單（支票和/或存款）

社會保險證明（社會保障機構/社會保障部/社會保障總署）

食品券證明

失業證明

退休支票

如果您上報的收入為 0 美元，請另附簡要說明您如何滿足基本生活需求。

\_\_\_\_\_  
患者或責任方簽名

\_\_\_\_\_  
日期：

寄至：Jennings 美國退伍軍人協會醫院

收件人：財務顧問

1634 Elton 路

70546 洛杉磯 Jennings

電話（337）616-7148

傳真（337）616-7241

本人知曉：本表所填報資訊須提交至 Jennings 美國退伍軍人協會醫院接受相關資格審查，本人保證上述填報資訊均真實、準確、完整。本人准許 Jennings 美國退伍軍人協會醫院獲取本人的信用報告影本，用於確定本人是否符合經濟援助條件。