



财务援助  
申请表

医疗记录 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

患者 \_\_\_\_\_

工作单位 \_\_\_\_\_

街道 \_\_\_\_\_

城市，州，邮编 \_\_\_\_\_

请列出家庭总收入。

	最近 12 个月	最近 3 个月
总收入		
其他家庭成员收入		
<b>总家庭成员收入</b>		
资产储蓄/ 个人退休金/ 存款证明		
房产/ 货币市场/ 股票		

被抚养人：（家庭居住总人数）

	姓名	年龄	关系
1			
2			
3			
4			
5			

特此证明，尽本人所知，以上信息完整、准确。 并且，如有必要，本人将与圣卢克（St. Luke's）合作以申请任何可支付本人医疗费用的援助（Medicaid、Medicare、保险等）。

本人理解，此申请表的目的，是让医院基于已归档的既定标准判定本人是否有资格获得财务援助计划中的免费服务。本人理解，如果本人提供的信息被证明为错误信息，医院可重新评估本人的财务状况并采取任何适当行动。

本人授权本人的银行、贷款机构、保险公司、工作单位或签署人的债权人应圣卢克医院的要求（St Luke's Hospital），发送关于任何或全部财务事项的信息或与签署人相关的信息。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
申请人签名

本人理解，此计划未包含任何与本人在圣卢克医院接受的医疗服务相关的医生收费。