

NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL
慈善医疗申请表

患者姓名 _____ 出生日期 _____
 姓氏 名字 中间名缩写

地址 _____
 门牌号、街道、公寓号 城市 州 邮编

电话号码 (____) _____ 职业 _____ 雇主 _____

雇主地址 _____ 雇主电话号码 _____

收入 - 请列出您本人、配偶和全部家庭成员的收入:

收入种类	过去 3 个月总和	过去 12 个月总和
工资		
自雇收入		
政府援助		
社会安全福利金		
失业保险/工伤赔偿		
赡养费		
子女抚养费		
养老金		
分红收入		
总计		

本院要求您提交相关文件以证实您所列的收入。证明文件可包括工资单、雇主证明信、表格 1040（如适用）等。

家庭成员数量 - 与您同住的家庭成员:

姓名	年龄	关系

注意：如果此页空格不够请另附一张纸。

在开具账单和收款期间都可以将本申请提交给本院。

一旦您向以下所列地址提交了完整的申请表和相关支持文件，直到本院对您的申请做出书面决定，您可以忽略所有的账单。

交此慈善医疗申请表，请阅读下列声明并在指定位置签字。

本人特此请求，NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL 对于本人是否可享有慈善医疗资格出具书面决定。本人理解医院有权核实本人所交的有关本人年收入及家庭成员数量的信息。本人也理解，如果信息被认定为假信息，将会导致慈善医疗申请被拒，本人将有责任支付医疗服务费用。本人确认，上述信息是所能提供的最准确、真实的信息。此外，本人特此允许 NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL 核实有关此申请的相关信息。

日期 _____ 申请人签名 _____ 账户号 _____

请将填妥的申请表提交至:

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital
 3 Expressway Plaza, Suite 200
 Roslyn Heights, NY 11577
 或者发送传真至: (516) 801-8504