

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS [纽约长老会医院]
Patient Financial Services [患者财务服务处]
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577-2050

尊敬的患者：

请查看随附的慈善医疗申请表。在收费和托收账单过程中的任何时候，您都可以申请慈善医疗。请填写此申请表和所有支持文件并将其发回上述地址。

如果您的申请资料不完整，我们将无法受理。

如果您需要进一步的帮助或对本套资料有任何疑问，可拨打下列电话联系慈善医疗部门 **(516) 686-4354 or (516) 686-4308**。

为帮助我们更好地处理您的慈善医疗申请，你可以选择在申请中包含下列资料：

- 工资单
- 雇主证明信（如果适用）
- 1040 表格
- 任何能证明您收入的其它信息

如果您年龄在二十一 (21) 岁以下，并且/或者您是父母/监护人的受抚养者，则您的父母或监护人需要填写名为慈善医疗申请表的资格申请表，并提供必要的支持文件。

您必须提供可以联系到您的电话号以及包括公寓名称和号码的完整地址。

在决定您或您的孩子是否有资格享受慈善医疗时，如您能提供描述您情况的说明和任何上述适用的文件或支持材料，都将有助您的申请。

如果您是学生，请提供证明您学生身份的文件。

患者须知

如果您提交了填写完整的申请表格以及根据医院慈善医疗政策确定您是否有资格所需的文件和信息，在我们对您的申请作出决定前，您可以不必处理任何医院的账单。

请将申请表和支持文件发送传真至：(516) 801-8504

或者邮寄至：

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Att.: Jerome Fields

NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS [纽约长老会医院]
慈善医疗申请表

患者姓名 _____ 出生日期 _____
姓 名 中间名缩写

地址 _____
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		
收入		
政府援助		
社会保险		
失业保险/工伤保险补偿		
赡养费		
子女抚养费		
养老金		
分红收入		
资源 (银行账户、投资、贷款等)		
总计		

医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、1040 表等。

家庭规模 - 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。

在收费和托收账单期间的任何时候都可以提交本申请。

一旦您提交了完整的申请表和相关支持文件, 在医院对您的申请出书面决定前, 您可以不必处理任何账单。

提交此慈善医疗申请表, 请阅读下列声明并在指定位置签字。

本人要求纽约长老会医院对于本人是否享有慈善医疗资格做出书面定。我了解医院有权核实我所提交的有关本人年收入及家庭规模的信息。如果信息被认定为假信息, 将会导致慈善医疗申请被拒, 并将有责任支付医疗服务费用。我确认上述信息是我所能提供的最准确、真实的信息。我允许纽约长老会医院核实有关此申请的相关信息。

日期 _____ 申请人签名 _____ 账户号 _____

请提交至:

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services
3 Expressway Plaza, Suite 200
Roslyn Heights, NY 11577
Att: Jerome Fields
或者发传真至: (516) 801-8504