NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL [*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		
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 Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att.: George Plunkett
或者发传真至：(516) 801-8504