

NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL

財務援助申請

患者姓名 _____ 出生日期 _____

姓氏

名字

中間名縮寫

地址 _____

號碼和街道、公寓號

城市

州

郵遞區號

電話號碼 (_____) _____ 職業 _____ 雇主 _____

雇主地址 _____ 雇主電話號碼 _____

收入 - 請列出您自己、配偶及其他所有家庭成員的下列收入總和：

收入類型	最近 3 個月總計	最近 12 個月總計
工資		
自僱收入		
公共援助		
社會保障金		
失業/工傷賠償		
贍養費		
子女撫養費		
退休金		
股息收入		
總計		

醫院要求您提交證實您上列收入的文件。文件範例包括工資單、雇主證明信（如適用）、表格 1040 等。

家庭人口 - 在您的家庭中居住的家庭成員：

姓名	年齡	關係

注意：如篇幅有限，請另附紙張。

發出帳單和收款過程中，您可隨時向醫院提交本申請表。

一旦您向下列地址的醫院提交填妥的申請表和佐證文件，則在醫院對您的申請做出書面決定之前，您可以不理會任何費用。

若要提出此財務援助申請，請閱讀下列聲明，並在下方指示處簽名。

本人在此要求 NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL 對本人的財務援助資格進行書面決定。本人瞭解，醫院將對本人提供的本人年收入和家庭人口相關資訊進行驗證。本人也瞭解，如果認定本人提供的資訊虛偽不實，則此類認定將導致本人的財務援助申請遭到拒絕，並且本人可能需要支付所接受服務的相關費用。本人確認，據本人所知，上述資訊均正確無誤。此外，本人在此允許 NEWYORK-PRESBYTERIAN BROOKLYN METHODIST HOSPITAL 驗證與此次申請有關的任何資訊。

日期 _____ 申請人簽名 _____ 帳號 _____

請將填妥的申請表寄送至：

NewYork-Presbyterian Brooklyn Methodist Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: Financial Aid Department
或傳真至：(516) 801-8504