



南阿拉巴马大学
(USA)卫生系统
P.O. Box 40010
Mobile, AL 36640
(251) 434-3505
申请财务援助

病患信息:

病人姓名: _____ 社会安全号码 SSN: _____

USA 帐号号码: _____

出生日期: _____ 雇主: _____

地址: _____ 城市: _____ 州/邮编: _____

家用电话 #: _____ 手机号码: _____

婚姻状况: _____

配偶 / 保证人信息 (如果与上述不同)

姓名: _____ 关系: _____

地址: _____ 城市: _____ 州/邮编: _____

出生日期: _____ 社会安全号码 SSN: _____ 雇主: _____

家用电话 #: _____ 手机号码: _____

婚姻状况: _____

配偶/ 保证人信息

家庭人数 (必要时请使用单独表格): _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

姓名: _____ 年龄: _____ 关系: _____

家庭收入

过去 12 个月

过去 3 个月

家庭总收入: _____

所有家庭收入来源:

就业: _____ 失业: _____ 子女抚养费: _____

SSI / SSD: _____ 其他:(请注明): _____

我谨此保证, 上述信息就我所知完全真实、正确。此外, 我将申请任何可能用于支付我的医院费用的援助 (Medicaid 医疗补助、Medicare 医疗保险及其他医疗保险等)。我将采取任何合理的必要行动取得此类协助, 以指定转入或支付给医院所收取的费用。

我知道这项申请是为了让医院审核我是否有资格获得财务援助。USA 医院保留权利向他们认为合适的信用机构和任何其他人员或债权人核实所有给定的信息, 以验证我所提供的信息。若有证明我所提供的任何信息不属实的话, 我也理解医院可能会重新评估我的财务状况并采取任何适当的行动。

申请人签名: _____ 日期: _____

此行以下请勿填写: 仅供办公室使用

资格审定

病人合乎资格：是_____否_____

由于以下原因，申请人的财务援助请求被拒绝：

资格核定日期：_____ 申请人通知日期：_____

医院代表签名：_____