



财务援助申请表

第 1 部分 - 申请人信息

姓名 (名/中间名/姓)	社会保障号码	出生日期 (月/日/年)	
地址	城市	州及邮编	联系电话
<input type="checkbox"/> 自有住房 <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 无家可归 <input type="checkbox"/> 亲友提供的住所			
婚姻状况: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 分居	就业状况: <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 学生 雇主: _____ 如失业, 请填写最后一次工作的日期: ____/____/____		

第 2 部分 - 报税资料中列明的家庭成员 (如有更多受抚养人, 请另附页填写)

姓名	社会保障号码	关系	出生日期

第 3 部分 - 第三方信息

- 本次患病是否因机动车事故或人身伤害事故所致?
是 否 不适用 (事故日期__/__/__)
- 您是否正在领取或已申请 Medicaid 医疗补助?
是 否 不适用
- 您是否已通过医疗保险交易所 (Healthcare Market Exchange) 申请保险?
是 否 不适用



第 4 部分 - 收入情况 (请提供您本人、配偶及所有其他家庭成员 (如适用) 的收入信息)

收入来源	月度总收入	收入发放频率	收入接收者
工资/自雇收入			
社会保障福利			
养老金/退休金/年金			
抚养费			
失业金、短期/长期伤残补助			
工伤赔偿			
利息/股息/投资收益			
房租收入			

1. 您或其他家庭成员是否拥有除主要住所外的不动产? (如房地产、土地、投资房产、终身财产权、移动房屋等) 是 否
(如有多项不动产, 请另附页填写)

财产类型	所有权人 (如为共同持有, 请列出全部所有权人)	市场估值



第 5 部分 - 流动资产与一次性收入（请提供支票账户、储蓄账户、存款证明、股票或债券、信托账户等信息）。（如账户较多，请另附页填写）

本人没有支票账户、储蓄账户、货币市场账户或其他流动资产账户。

账户类型/账号	账户持有人	银行/金融机构名称	当前余额

一次性收入款项来源	您的家庭成员是否收到以下任何一项？	若“是”，请填写收入日期	家庭成员姓名
遗产	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
彩票或其他中奖收入	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
保险或工伤赔偿金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
社会保障金或退伍 军人残障赔偿金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
解雇补偿金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
资本利得	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
其他一次性收入款项	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

*您必须提供流动资产和一次性收入款项相关的信息，以便我们处理您的申请。



请注意，如未完整填写本表所有项目，您的申请可能会被拒绝。

本人知悉，本申请仅适用于由 Lexington Medical Center 及其合作医师执业机构所提供的医疗服务，不适用于其他在本次治疗过程中提供协助但非上述机构的服务提供者。本人亦知悉，**Lexington Medical Center 及其合作医师执业机构提供的部分医疗服务不符合财务援助资格，例如择期治疗及与机动车事故相关的全部治疗。**

本人知悉，本人的个案记录属于保密资料，除非经本人正式授权，否则其中信息不会对外披露。

本人授权 Lexington Medical Center 获取本人的信用报告，该信息将用于评估本人是否符合援助计划的资格。本人亦知悉，信用报告机构 Equifax Information Services 明确禁止 Lexington Medical Center 及其合作医师执业机构将信用报告提供给消费者用于个人知情用途。

本人确认已阅读，或已由他人向我朗读本表中的所有内容，并保证所提供的信息在本人所知范围内真实、完整。本人知悉，如故意提供**任何**虚假信息，或隐瞒与**任何**情况相关的**任何**信息，本人将可能因欺诈行为被依法追究，并且 Lexington Medical Center 及其合作医师执业机构有权撤销本人已获批准的财务援助资格。本人授权披露用于确认本人是否符合 Lexington Medical Center 财务援助计划资格的所有相关信息。

申请人签名：		签署日期：
授权代表签名（如适用）：	关系：	签署日期：

仅供工作人员填写

患者姓名	出生日期	MRN：
------	------	------