

*****經濟援助申請*****

UF Health
客戶服務
郵政信箱 100334
Gainesville, FL 32610-0334

患者姓名：
MRN：
患者 DOB：
擔保人：
帳號：
地址：

***** 家庭中的受撫養人 *****

(其中包括配偶、18歲以下的子女以及您和/您配偶的納稅申報表上要求的所有其他人員)

姓名：(名字、中間名、姓氏) DOB： 姓名：(名字、中間名、姓氏) DOB：

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

***** 患者/擔保人資訊 *****

社會保障號： _____ 雇主姓名： _____
您是否有保險？ _____ 如果有，請提供保險資訊： _____
時薪：\$ _____ 每週平均工作時間： _____ 目前每週、每月或每年總收入：
\$ _____
如果失業，最後工作日期： _____ / _____ / _____
婚姻狀況 (圈選一項)：單身/已婚/離婚/分居
****佛羅里達州不提議合法分居。因此，如果選擇此狀況，將要求提供額外的文件****

***** 配偶資訊 *****

社會保障號： _____ 雇主姓名： _____
時薪：\$ _____ 每週平均工作時間： _____ 目前每週、每月或每年
總收入：\$ _____
如果失業，最後工作日期： _____ / _____ / _____
配偶是否有保險？ _____ 如果有，請提供保險資訊。

***** 其他收入 *****

如果適用，請為以下提及的任何細目提供證明文件。

	患者/擔保人	配偶	受撫養人
社會保障	\$ _____	\$ _____	\$ _____
退休金	\$ _____	\$ _____	\$ _____
失業	\$ _____	\$ _____	\$ _____
工傷賠償	\$ _____	\$ _____	\$ _____
VA 福利	\$ _____	\$ _____	\$ _____
子女撫養費	\$ _____	\$ _____	\$ _____
贍養費	\$ _____	\$ _____	\$ _____
租金收入	\$ _____	\$ _____	\$ _____

***** 資產資訊 *****

如果適用，請為以下提及的任何細目提供證明文件。

	患者/擔保人	配偶
房產價值	\$ _____	\$ _____
欠款餘額	\$ _____	\$ _____
其他不動產價值/資產	\$ _____	\$ _____
股票/債券/CD/IRA	\$ _____	\$ _____
銀行帳戶：支票	\$ _____	\$ _____
銀行帳戶：儲蓄	\$ _____	\$ _____

您是否已申請醫療補助或其他援助？是/否

如果是並已獲核准，請提供您的醫療補助號碼 _____。

如果是並已被拒絕，請提供否決信的副本。

如果是並正在等待申請流程，請提供申請號碼 _____。

如果不是，請聯絡您當地的醫療補助辦公室以確定是否符合資格。

本人保證上述資訊真實準確。此外，我授權 UF Health 進行任何查詢或獲得任何必要資訊，以檢核此處所載資訊的準確性，包括我的雇主、信用局、我的債權人或其他金融機構（如果認為有必要）。根據公法 s.817.50 F.S.，提供虛假資訊欺騙醫院以獲得商品或服務為目的的行為屬於二級輕罪。

簽名： _____

日期： _____