

经济援助申请

患者信息				
患者姓名	社会安全号码和/或出生日期	电话号码		
患者配偶	社会安全号码和/或出生日期	其他责任方和社会安全号码		
家庭住址 — 自有 — 租赁	街道	市	州	邮编
列出所有家属				
姓名	年龄	关系	姓名	年龄
1. _____			3. _____	
2. _____			4. _____	
财务和就业信息				
列出所有家庭收入来源 (就业、伤残、社会安全、失业等)				
有收入的人员姓名	收入来源 (雇主/职位)		年收入金额	
家庭年收入总额			\$	
资产多于 <b>\$3,000</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (在下面列出)				金额
总资产				\$
	债务人	负债金额	按月付费	
食物 \$	1.	\$	\$	
水电费 \$	2.	\$	\$	
租金/贷款 \$	3.	\$	\$	
汽车费用 \$	4.	\$	\$	

**本地、州、联邦 HEALTH CARE 和其他 FINANCIAL AID 计划信息**

您是否申请了 QUEST 或 Medicaid? 否 \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 申请日期 \_\_\_\_\_

申请结果和否决原因, 如果适用的话: \_\_\_\_\_

## 处理您的申请所需的文件

附上关于您的身份、收入和资产的证明文件（如果之前没有提交）：

1. \_\_\_ 您的驾照、出生证明和/或其他带照片的身份证明或移民卡
2. \_\_\_ 两张最近的工资单
3. \_\_\_ 当月的银行/信用合作社报表
4. \_\_\_ 前两个月的银行/信用合作社报表
5. \_\_\_ 财产、汽车、股票及债券、珠宝、人寿保险和贵重物品的估价或所有权证明文件；  
并提供所有结欠余额的证明；
6. \_\_\_ 租金和所有费用的收据

**备注：**

- 如果已婚，要求患者和配偶在《折扣医疗政策申请》上签字，且两者皆需验证。
- 每个医院点都接受申请。
- 将填写好的申请和证明文件邮寄至：

*皇后医疗中心，关注业务服务  
邮箱号 861, Honolulu HI 96808-0861*

*West Oahu 皇后医疗中心  
91-2141 Fort Weaver Road, Ewa Beach, HI 96706*

*Molokai 综合医院  
280 Home Olu Place, Kaunakakai, HI 96748*

*North Hawaii 社区医院  
67-1125 Mamalahoa Highway, Waimea, HI 96743*

我保证以上内容的真实准确性，并全部列出了全部的收入/资产和支出/债务。授权您可获取您所需要的此类信息以证明以上声明和陈述的准确性。我了解蓄意隐瞒信息将取消我由皇后医疗中心所提供的任何 Discounted Care 计划的资格，或者将对我提起收回已批准的折扣医疗的法律诉讼。

\_\_\_\_\_  
患者签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者 配偶/其他责任方签名

\_\_\_\_\_  
日期