

######

医院可能会要求您提交收入证明文件，文件示例包括工资单、雇主出具的证明信（如适用）或表格 **1040**。

健康保险状态

您是否拥有任何类型的健康保险（包括 **Medicaid**、**Medicare** 和雇主为您购买或您自己购买的私人保险）？

☐ 是 ☐ 否

如果您回答“否”，您是否需要我们帮助您申请任何保险计划？

☐ 是 ☐ 否

保额不足的患者：有保险但医疗费用超出保额的人。如果您有保险，请提供过去 **12** 个月内支付的估算医疗费用

\$

医院可能会要求您提交已支付医疗费用的证明文件。

患者/责任方：如果不是患者本人，请列出签署表格的人员姓名以及以何种关系获得签字权限（例如配偶、父母、法定授权代表）。

本人了解，本人提交的信息可能会通过外部渠道加以验证。本人证明，据本人所知，上述信息真实且完整。

正楷姓名	日期
与患者的关系	
签名	