

## 财务摘要

### 信息和说明表

#### 如何申请经济援助？

您可以填写个人财务摘要，申请经济援助。

#### 填写了所有信息之后，应该如何处理财务摘要？

您可以：

- 1) 邮寄到 Driscoll 儿童医院，  
收件人：一楼挂号处  
P.O.Box 6530  
Corpus Christi, Texas 78466  
或者
- 2) 在任何一天的上午 7:00 到晚上 8:00 之间亲自前往医院，将其送到一楼礼品店后面的挂号处。

#### 是否需要在申请中提供任何个人信息？

是。请提供有效的身份证件或德克萨斯州驾照复印件，以及下列任一收入证明文档。

|   |              |    |       |
|---|--------------|----|-------|
| 1 | 美国国税局 W-2 税表 | 8  | 雇主证明函 |
| 2 | 工资汇款单        | 9  | 银行对账单 |
| 3 | 纳税申报表        | 10 | 书面认证  |
| 4 | 社会保险         | 13 | 其他    |
| 5 | 工人赔偿金        |    |       |
| 6 | 失业补助函        |    |       |
| 7 | 联邦收入政府计划     |    |       |

#### 什么时候可以得知是否会收到医院账单方面的经济援助？

您可以致电 (361) 694-4758 联系我们。

#### 经济援助是否会支付本次就诊的医疗费用及任何其他费用？

否。 Driscoll 儿童医院经济援助不支付医疗费用、X 射线检测和解读，以及辅助服务产生的费用。非由 Driscoll 儿童医院提供的处方药或服务，也不在支付范围之内。

#### 如果我没有收到通知但需要带孩子去 Driscoll 儿童医院，我的孩子是否可以就诊？

是。您的孩子可以就诊。在医院期间，您可以向挂号处的财务顾问说明情况，或前往急诊科 (ED) 出院服务台，查询您的申请状态。



### 财务摘要

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>母亲的全名</b><br>-----<br>姓氏                      名字                      中间名<br>社会保险号: -----<br>出生日期: _____年_____月_____日<br>电话号码: (_____) _____ - _____<br>职业: _____<br>雇主名称: _____ 在职年限: _____<br>雇主地址: _____ 城市: _____ 邮政编码: _____ 电话号码: _____<br>总收入: 每个薪资结算周期 _____ 美元。时薪 _____ 美元      每周工作时数: ____<br><input type="checkbox"/> 工资收入 - 免税 <input type="checkbox"/> 非工资收入 - 不免税 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 健在<br><input type="checkbox"/> 已故<br><input type="checkbox"/> 已婚<br><input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 分居<br><input type="checkbox"/> 离婚<br><input type="checkbox"/> 丧偶 | 是否为德州合法居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>现居地址 (如与患者的地址不同):<br>街道: -----<br>城市: -----<br>州: _____ 邮政编码: _____<br>公司电话号码: (_____) _____ - _____<br>支付方式? <input type="checkbox"/> 周薪 <input type="checkbox"/> 半月薪 <input type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 年薪 |
|---|---|--|

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>监护人全名</b><br>-----<br>姓氏                      名字                      中间名<br>社会保险号: -----<br>出生日期: _____年_____月_____日<br>电话号码: (_____) _____ - _____<br>职业: _____<br>雇主名称: _____ 在职年限: _____<br>雇主地址: _____ 城市: _____ 邮政编码: _____ 电话号码: _____<br>总收入: 每个薪资结算周期 _____ 美元。时薪 _____ 美元      每周工作时数: ____<br><input type="checkbox"/> 工资收入 - 免税 <input type="checkbox"/> 非工资收入 - 不免税 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 健在<br><input type="checkbox"/> 已故<br><input type="checkbox"/> 已婚<br><input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 分居<br><input type="checkbox"/> 离婚<br><input type="checkbox"/> 丧偶 | 是否为德州合法居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>现居地址 (如与患者的地址不同):<br>街道: -----<br>城市: -----<br>州: _____ 邮政编码: _____<br>公司电话号码: (_____) _____ - _____<br>支付方式? <input type="checkbox"/> 周薪 <input type="checkbox"/> 半月薪 <input type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 年薪 |
|---|---|--|

**联邦医疗补助 (Medicaid) 和其他福利:**

|  |   |                              |                                      |
|--|---|------------------------------|--------------------------------------|
| 患者是否享有联邦医疗补助 (Medicaid)?   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 如果是, 请提供患者的联邦医疗补助编号? : _____ | 母亲的联邦医疗补助编号? : _____                 |
| 患者是否享有联邦医疗保险 (Medicare)?   | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 如果是, 请提供联邦医疗保险编号? : _____    |                                      |
| 核实是否领取了其他福利:   | <input type="checkbox"/> 食品券金额 (美元): _____            | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> 其他福利: _____ |
| 患者或其他家庭成员是否领取其他计划的福利、参加筹款活动、特殊慈善活动、收到礼物和/或捐赠? <input type="checkbox"/> 否 |   |                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> 是 如果是, 请在此处列举:                                  |   |                              |                                      |
| 1.   | _____   | 金额 (美元): _____               |                                      |
| 2.   | _____   | 金额 (美元): _____               |                                      |

### 财务摘要

其他收入来源：请在每项对应的选项栏里勾选“是”或“否”；如果回答“是”，则输入具体的金额

| 类型         | 否 | 是 | 如果“是”，每月领取的金额（美元） | 类型       | 否 | 是 | 如果“是”，每月领取的金额（美元） |
|------------|---|---|-------------------|----------|---|---|-------------------|
| 子女赡养费      |   |   |                   | 失业救济金    |   |   |                   |
| 社会保险       |   |   |                   | 房产租赁     |   |   |                   |
| 社会伤残保障/SSI |   |   |                   | 残疾收入     |   |   |                   |
| 社会保险遗属抚恤金  |   |   |                   | 贫困家庭临时援助 |   |   |                   |
| 工人补助金      |   |   |                   | 其他       |   |   |                   |

住房安排：（任选一个）

- 自有/购买住宅    
  租赁    
  与朋友/亲戚住在一起    
  居无定所

每月支出：

| 支出  | 支付额 | 欠款额 | 支出   | 支付额 | 欠款额 |
|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| 住房  |     |     | 孩子保姆 |     |     |
| 水电费 |     |     | 汽车   |     |     |
| 食品  |     |     | 汽车保险 |     |     |
| 债务人 |     |     | 总计   |     |     |

资产价值：

|   |   |                            |                            |                 |     |
|---|---|----------------------------|----------------------------|-----------------|-----|
| 1 | 是否拥有其他房产（不包括现居住宅）？  | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 | 如果是，目前的市价是多少？   | 美元  |
| 2 | 是否拥有农场？   | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 | 如果是，目前的市价是多少？   | 美元  |
| 3 | 是否拥有支票账户？   | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 | 如果是，开户行的名称是什么？  |     |
| 4 | 是否拥有储蓄账户？   | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 | 如果是，开户行的名称是什么？  |     |
| 5 | 是否拥有现金支付的人寿保险？  | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 | 如果是，保险公司的名称是什么？ |     |
| 6 | 是否拥有汽车？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 品牌                         | 型号                         | 购买年份            | 欠款额 |
| 7 | 如果是，请列出汽车的品牌/型号/购买年份/欠款额>>>                                   |                            |                            |                 |     |
| 8 | 如果是，请列出汽车的品牌/型号/购买年份/欠款额>>>                                   |                            |                            |                 |     |

估算过去三个月的医疗费用金额：\_\_\_\_\_美元

如果我们需要联系您，可以给谁打电话？

姓名：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

#### 信息实名认证与发布

本人在此保证，上述信息正确无误。此外，我还允许 Driscoll 儿童医院发布相关医疗或财务信息，这可能使医院能够找到一些援助计划来支付我孩子的住院费用。

家长/监护人签名：X \_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

仅供审批使用：评估员姓名：

是否有资格？ 否 是 \_\_\_\_\_ %