



## 其他收入记录

列出全体家庭成员在过去十二 (12) 月的所有其他月收入来源

其他月收入	家庭成员姓名	自	至	金额
社保				
投资收入				
退休金				
SSI				
失业				
工伤赔偿				
赡养费				
贫困家庭临时救助				
退伍福利				
租赁财产				
养老保险				
子女扶养				
利息收入				
其他				
<b>其他收入合计</b>				
<b>工资及其他收入合计</b>				

### 资产

现金、存款、支票账户	\$
存单	\$
美国储蓄债券、美国长期国库券/短期国库券	\$
股票、共同基金、信托基金	\$
退休收入 (401K、403K、个人退休账户收入)	\$
除主要居所外，是否拥有其他住宅/房产： 是                      否	\$ (公允价值)
其他住宅/房产地址	
<b>总资产</b>	<b>\$</b>

本人允许现雇主及前雇主和/或本人配偶的现雇主及前雇主向 Baptist Health System 提供雇佣及薪资信息。本人谨此声明，于此财务援助申请表中提供的信息均属真实、完整、准确。Baptist Health System 可全权决定是否是否需要收入证明来核实领取慈善照护的资格。

本人允许 Baptist Health 获取我的信用报告，以辅助评估本人提交的财务援助申请。

**根据佛罗里达州法令第 817.50 节之规定，向医院提供虚假信息以骗取院方提供的医疗产品/项目或服务当属二级轻罪。**

申请人/担保人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

见证人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

医院代表： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

### 以下信息供医院核实薪资

雇主：	核实薪资：
公司代表：	雇员签名：