

如果您需要帮助支付在 Baptist Health 医院接受的医疗服务，我们的财务援助项目 (FAP) 也许能够帮助您。请完整填写本申请表，这样我们的患者财务援助支持者就可及时审核并处理您的申请。任何缺失或不清楚的信息都可能延误申请过程或导致申请被拒绝。

除了申请表外，您还须提供下列证明：

家庭收入类型	所需文件
工作收入薪资	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的工资单与年初至今的总工资；或</li> <li>至少最近一个整月的工作单</li> </ul>
个体工商户收入或租赁财产收入	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>损益表；或</li> <li>租赁协议</li> </ul>
投资收入（利息、股息等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>投资对帐单</li> </ul>
失业救济金或劳工补偿收入	<ul style="list-style-type: none"> <li>显示每周总收益的付款概要</li> </ul>
赡养费或子女抚养费	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>法院离婚判决书/获得金额</li> </ul>
养老金或退休/年金收入	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>每月总福利函</li> </ul>
社保/附加保障收入或退伍军人福利	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>每月总福利函</li> </ul>

家庭资产类型	所需文件
现金	<ul style="list-style-type: none"> <li>所有支票和储蓄账户的最新银行对账单</li> </ul>
投资（CD、美国储蓄债券、美国短期国库券、股票、货币市场基金、共同基金、信托基金等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>显示余额的投资对账单</li> </ul>
其他住宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>按揭贷款对账单（主要居所除外）；或</li> <li>房产税账单/对账单</li> </ul>

家庭成员	所需文件
共同生活的 18 岁以下受抚养子女	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>监护文件；或</li> <li>法院离婚判决书</li> </ul>
就读全日制学校不满 25 周岁的子女	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近的纳税申报单和所有附件；或</li> <li>入学证明</li> </ul>
共同生活符合资格的亲属（父母、姻亲、兄弟姐妹、侄子侄女或外甥外甥女）	<ul style="list-style-type: none"> <li>最近纳税申报单与能够证明您在纳税申报单上对其进行申报的所有附件</li> </ul>

## 如何提交申请：



在线申请：

[www.My.BaptistChart.com](http://www.My.BaptistChart.com)



电子邮件：

[PFSFAAPPT@bmcjax.com](mailto:PFSFAAPPT@bmcjax.com)



现场提交：

我们的任意一所 Baptist 医院  
或我们的 **San Marco East** 地点：  
3563 Philips Highway,  
BLDG B, STE 201  
Jacksonville, FL 32207



Send Mail to:

Baptist Health Jacksonville  
P.O. Box 736048  
Dallas, TX 75373-6048  
Attn: Patient Financial Advocate

附件 D

# 医疗服务财务援助申请表

患者姓名: \_\_\_\_\_ 电话号码: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 电子邮件地址: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

怀孕: 是 否 残疾: 是 否 无家可归: 是 否 婚姻状况: \_\_\_\_\_

是否有医疗保险/汽车保险来支付您的医疗照护费用? 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

保险/保单编号

### 家庭成员:

列出本人、配偶和您抚养的所有同住受抚养人, 包括不满 18 周岁的孩子或就读全日制高校不满 25 周岁的孩子 (生物学子女、养子女、继子女或其他法定的受抚养子女)、父母、姻亲、兄弟姐妹、侄子侄女或外甥外甥女。

家庭成员姓名	出生日期	社会保障号的后 4 位	与患者的关系	纳税申报状态
自己/患者			自己/患者	

### 家庭收入:

列出上述所有家庭成员 (包括您自己) 的所有收入或填写“无收入”。

家庭成员姓名	收入来源	有收入或无收入的月数	当前月总收入	年总收入
有收入或无收入 (包括您自己)	雇主名称、个体户、租金收入、投资收入、工伤赔偿、失业、赡养费/子女抚养费、养老金/退休金/年金、社保、退伍福利或“无收入”。如果您不知道, 填写“未知”。			列出总收入
自己/患者*				

\*如果您声称“无收入”, 请告诉我们谁在抚养您: 姓名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_

### 家庭资产:

列出上述所有家庭成员 (包括您自己) 的所有资产或填写“无资产”。\*

家庭成员姓名	资产类型	资产的当前美元总额
自己/患者		

\*如果全部资产的总额超过 7.5 万美元, 则超过 7.5 万美元的任何金额将被视为本核算中所述的收入。

医保接受者注意: 联邦法规要求医保接受者在申请医院财务援助时提供收入和资产证明。

若所提交的信息不准确/虚假, 或医疗帐单涉及事后可追回款项的意外事故, 则 Baptist Health 有权更改根据此表格作出的任何决定, 包括撤销冲销。本人证明以上信息正确无误, 并明白根据佛罗里达州法令 817.50 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。本人授权 Baptist Health 根据需要通过消费者信用报告核实提供的信息。

患者/担保人签名

日期

有疑问? 联系我们。

My.BaptistChart.com • 网站: www.baptistjax.com/fap

P.O.Box 736048 • Dallas, TX 75373-6048

电话: 904.202.2092 • 传真: 904.391.5550

• 电子邮件: pfsfaappt@bmcjax.com

如需更多行, 请申请添

加第 2 页。