PFFIN

患者姓名：_____ 出生日期：_____ 日期：_____

常住地址：_____ 城市：_____ 邮政编码：_____

州：_____ 家庭电话：_____ 工作电话：_____

邮寄地址（如果不同）：

住址：_____ 城市：_____

州：_____ 邮政编码：_____

雇主姓名：_____ 雇主电话：_____

雇主地址：_____

1 您是否在过去 90 天内申请过经济援助或填写过此表格？ ☐ 是 ☐ 否

2 您目前是否持有任何类型的健康保险？ ☐ 是 ☐ 否

3 您是否因工伤事故前来就诊？ ☐ 是 ☐ 否

4 您是否因车祸前来就诊？ ☐ 是 ☐ 否

如果您对上述任何问题的回答为“是”，请停止填写。 请联系为您提供医疗服务的 Baptist 机构的业务办公室，讨论有关您账户的事宜。

请在下表中列出患者和与患者住在同一家庭的所有家庭成员。 家庭成员是指因出生、婚姻或收养而存在亲属关系的人。 包括所有家庭成员的关系和年龄。 然后，请列出每个人的收入金额和来源。 收入包括总（税前）工资、租金收入、失业补助、社会保障、退休金、残疾福利、公共援助等。必须与签好名的申请表一起提交能支持计算收入的文件。

家庭成员（姓名）	与患者的关系	年龄	收入来源或雇主姓名	最近三个月工资单	12 个月的收入纳税申报表
家庭成员总数			总收入		

除非您提供以下任一文件来支持上述每一项收入来源，否则您的申请将无法受理。

最近三个月的工资单 **上一年的 W2 表格** **法律文件/子女抚养费** **银行对账单**

上一年度的所得税申报表 **联邦和州援助文件** **养老金/退休金文件** **（只适用于 SSA/退休金存款）**

请将此申请表和所要求的信息交回给您接受服务的 Baptist 机构的业务办公室。 我保证，我已尽我所知提供了真实准确的信息。

_____ _____

患者签名，或患者授权代表签名 **与患者的关系**

_____ **服务地点**_____**医院或**_____**医生**

日期

仅供医疗服务提供者填写

帐号 _____ 服务日期 _____

BMHCC 提供者 _____

▼ Patient Label ▼

BAPTIST

Baptist Central Business Office
P.O. Box 745336, Atlanta GA 30384-5336
Fax # 901-226-0772
Email Address: fap@bmhcc.org