PFFIN

患者姓名：_____ 出生日期：_____ 日期：_____

永久地址：_____ 城市：_____ 郵遞區號：_____

州：_____ 住家電話：_____ 工作電話：_____

郵寄地址（如與住址不同）：

地址：_____ 城市：_____

州：_____ 郵遞區號：_____

僱主名稱：_____ 僱主電話：_____

僱主地址：_____

1 您是否曾在過去 90 天內申請財務援助或填寫此表格？ ☐是 ☐否

2 您目前是否擁有任何種類的健康保險？ ☐是 ☐否

3 您此次至醫療服務提供者處就診，是否因工作時發生的事故所致？ ☐是 ☐否

4 您此次至醫療服務提供者處就診，是否因車禍所致？ ☐是 ☐否

如果您對上述「任何」問題的回答為「是」，請停止作答。 請聯絡您獲取服務的浸信會機構的業務辦公室，以討論您的帳戶事宜。

在下表中，請列出患者及與患者居住於同一家戶的所有家庭成員。 家庭成員是指因出生、婚姻或收養而有親屬關係的人員。 說明所有家庭成員的關係和年齡。 然後，列出每個人的收入金額和來源。 所得包括總薪資（稅前薪資）、租金收入、失業救濟金、社會福利金、退休金、身心障礙津貼、公共援助金等。收入計算的證明文件必須隨這份已簽署的申請表一起提交。

家庭成員（姓名）	與患者的關係	年齡	收入來源或僱主名稱	過去三個月薪資單	12 個月收入納稅申報表
家庭成員總數			總收入		

除非您提供以下任一文件來佐證上述各項收入來源，否則，將無法處理您的申請。

過去三個月的薪資單 **前一年的 W2 表格** **法律文件／子女撫養費** **銀行對帳單**

前一年的所得稅申報表 **聯邦和州援助文件** **退休金／退休收入對帳單** **（僅適用於 SSA／退休給付入帳款項）**

請將此申請書和所要求的資訊交回您獲得服務的浸信會機構的業務辦公室。

我確認，據我所知，所提供的資訊均屬真實且準確。

_____ _____

患者簽名，或獲授權為患者簽名者之簽名 **與患者的關係**

_____ **服務地點** _____ **醫院或** _____ **醫師**

日期

僅供醫療服務提供者使用

帳號 _____ 服務日期 _____

BMHCC 醫療服務提供者 _____

▼ Patient Label ▼

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