

財務協議申請（資料受保密）



我理解，以下有關我的年收入、家庭成員與資產的訊息有待 Spectrum Health。我也理解如果訊息經過核實後為錯誤，申請會被拒絕，賬戶餘額皆需自負。

如有問題或需填寫本申請的協助，請致電聯繫我們，電話號碼為 844-838-3115 或電郵聯繫我們，郵箱為 financialcounseling@spectrumhealth.org。

第一部分：患者訊息（請英文工整填寫）							
賬戶號碼		接受服務的日期（如多日，可全部填寫）			社安號		
姓名（姓，名，中間名首字母）				出生日期			
地址			城市		州		郵編
住宅電話 ()		移動電話 ()		其他電話號碼 ()		郡	
婚姻狀態 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他 _____		你是美國的有記錄居民嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		在接受治療的時候你有保險或其他任何保障嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
你平時上交聯邦稅表嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果不上交，為什麼？ _____		誰是主要報稅人？ <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他： _____		你有任何家庭成員在接受公共福利嗎？ <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 其他： _____			
第二部分：家庭訊息（請包含所有居住在你家的人）							
家庭成員姓名	出生日期	與患者的關係	是否在你的聯邦報稅表上？	家庭成員姓名	出生日期	與患者的關係	是否在你的聯邦報稅表上？
1.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	5.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6.			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他成員的訊息可以另副紙寫出來。							
第三部分：費用（請列出家庭所有成員的月費用） 此部分對於 NHSC 或 MSLRP 診所的患者不是必須填寫的							
房屋貸款		汽車貸款		供熱費		移動電話	
房產稅（年）		汽車保險		電費		食物	
租金/地租		汽油（汽車）		電話		學費	
房屋/租房保險		托兒費/撫養費		水/下水/垃圾清理		其他： _____	
健康保險/費用		人壽保險		電視/網絡費		其他： _____	

第四部分：收入（請列出所有家庭成員的收入）

每月收入來源	這是誰的收入？	現每月總收入	每月收入來源	這是誰的收入？	現每月總收入
工資			工資		
自由職業			自由職業		
兒童撫養費/贍養費			兒童撫養費/贍養費		
社保			社保		
投資/利息			投資/利息		
退休金/分紅			退休金/分紅		
小費/佣金			小費/佣金		
租房收入			租房收入		
部落收入			部落收入		
失業			失業		
工人補貼			工人補貼		
其他：_____			其他：_____		

第五部分：家庭資產（請列出家庭所有成員的資產）此部分對於 NHSC 或 MSLRP 診所的患者不是必須填寫的

資產來源	這是誰的資產？	現資產價值	資產來源	這是誰的資產？	現資產價值
活期帳戶			房產（住宅）價值		
活期帳戶#2			房產#2 價值		
儲蓄帳戶			汽車（主要用車）價值		
儲蓄帳戶#2			汽車#2 價值		
定期存款/投資賬戶			摩托車/越野四輪車/船/拖車		
401k/403B/IRA（個人退休帳戶）/退休金			人壽保險（退保現金值）		
股票/債券/年金			其他：_____		
HSA（健康開銷賬戶）/ FSA（靈活開銷賬戶）			其他：_____		

在此簽字，即聲明本申請書和附件中我所遞交的所有內容皆為真實。

負責方（患者）簽字 _____ 日期 _____

配偶簽字 _____ 日期 _____

郵寄至：
Spectrum Health
Attn: Financial Counseling
100 Michigan
Grand Rapids, MI 49503

及以下內容的複印件：

- _____ 最近一次的報稅表
- _____ 三個月的完整銀行流水
- _____ 三個月的收入證明（工資單等）

- _____ 所有投資的最近明細
- _____ 醫療申請所獲得的同意或拒絕決定
- _____ 如無收入，可證明保障或支持來源的信件