



718 Teaneck Road
Teaneck, NJ 07666
财务咨询部
(201)833-3157

经济援助申请表

帐号: _____ 服务日期: _____

个人信息

1) 患者姓名 (姓+名): _____

2) 出生日期: _____ 3) 社保号: _____

4) 街道地址: _____

5) 电话 (常用号码): _____

6) 担保人姓名: _____ 7) 担保人出生日期: _____

8) 担保人与患者的关系: _____

家庭人数和收入标准

9) 家庭人数: _____ 10) 家庭收入来源: _____

11) 年总收入合计: _____

12) 年净业务收入合计 (如为个体经营者): _____

13) 用于确认收入的文件: _____

14) 是否在保险后申请剩余金额? _____

15) 如是, 保险公司名称: _____

申请人证明

本人证明, 上述有关本人家庭人数和收入的信息是真实、准确的。

患者或担保人签名: _____ 日期: _____