



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  
上一年度的所得税申报表

上一年的 W2 表格  
联邦和州援助文件

法律文件/子女抚养费  
养老金/退休金文件

银行对账单  
(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 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

服务地点 \_\_\_\_\_ 医院或 \_\_\_\_\_ 医生 \_\_\_\_\_

仅供医疗服务提供者填写

帐号 \_\_\_\_\_

服务日期 \_\_\_\_\_

BMHCC 提供者 \_\_\_\_\_



NEA Baptist Jonesboro Business Office  
4800 East Johnson, Jonesboro, AR 72405  
传真号码: 870-936-1062  
电子邮件地址: fap@bmhcc.org

经济申请

▼ Patient Label ▼