

**女性财务援助申请表**

请致电 (225) 924-8354 联系财务顾问，获得填写此申请表的援助。

姓名：\_\_\_\_\_ 社会保险号 \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

邮寄地址： \_\_\_\_\_

市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮政编码： \_\_\_\_\_

家庭电话号码 \_\_\_\_\_ 手机号码： \_\_\_\_\_

雇主： \_\_\_\_\_ 是否已婚？  是  否

配偶姓名： \_\_\_\_\_

是否获得补充营养援助 (SNAP)?  是  否

过去三个月是否申请了 Medicaid?  是  否

家庭人口是多少? \_\_\_\_\_ (家庭成员为最近的联邦报税表上所列的家庭成员)

列出除您及您的配偶以外的全部其他家庭成员的姓名与年龄：

**家庭收入**

患者工资： \_\_\_\_\_ 美元 配偶工资： \_\_\_\_\_ 美元 其他家庭成员工资： \_\_\_\_\_ 美元

**其他家庭收入：**

赡养费 _____ 美元	遗属抚恤金 _____ 美元
抚养费 _____ 美元	失业金 _____ 美元
利息/股息 _____ 美元	退伍军人补贴 _____ 美元
退休金/退休收入 _____ 美元	工伤赔偿金 _____ 美元
公共援助 _____ 美元	其他 (请予说明) _____ 美元
社会保险/伤残保险 _____ 美元	

**请随此表提交以下材料：**

- 带照片的身份证复印件——如果患者没有路易斯安那州的驾驶证，则可以提交带有住户姓名的物业账单或带有住户姓名的租赁合同，作为居住证明
- 最近两次的工资单存根（最近的报税表也可）
- 补充营养援助证明的复印件（如适用）
- 辅助文件，如证明其他家庭收入的保险赔款确定或银行对账单（最近的报税单也可）
- 患者费用报表，如果患者申请医疗困难援助——年化家庭总收入超过联邦贫困线的申请人可以提交申请前六个月产生的患者的报表（任何医疗保健提供者的报表均可），获得医疗困难援助的资格。患者的费用报表可供患者的居住在家中的全部家庭成员使用，并可以附在最新的联邦报税表中。

在本文件上签字表明我理解，被确定为可能符合 Medicaid 或其他计划的条件的患者，有望与这些计划合作和申请这些计划。此外，我保证，据我所知，我提供的信息是正确无误的。

申请人签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**请将此申请表寄至：**

**Woman's Hospital Financial Assistance Counselor  
100 Woman's Way • Baton Rouge, LA 70817**