

慈善照護

記錄收入及資產時需要包含下列項目

- 1) 申請者最近的退稅單及 W-2 副本。
- 2) 雇主提供的所有薪資單或薪資明細副本，其中顯示上述 1) 中退稅年度后的總收入。
- 3) 伊利諾州就業服務中心的電腦列印內容，其中顯示過去四季領取的所有失業補助（若有的話）。
- 4) 所有支票、儲蓄及投資帳戶的最近銀行明細表副本。
- 5) 對於 Thorek Hospital 以外之其他個人或機構（例如，醫師、急診室等）到期未付之所有健康照護相關帳單

資產資訊

儲蓄帳戶：目前餘額 \$ _____

金融機構 _____

帳號 _____

支票帳戶：目前餘額 \$ _____

金融機構 _____

帳號 _____

其他資產：

股票 \$ _____

公司 _____

人壽保險現金價值 \$ _____

公司 _____

其他 \$ _____

說明 _____

房地產：

汽車： _____

車廠	型號	年份	價值	貸款金額
----	----	----	----	------

汽車： _____

車廠	型號	年份	價值	貸款金額
----	----	----	----	------

居住房屋及其他資產：

說明：_____ 價值 \$ _____

所欠金額 _____

其他貸款：

機構名稱	每月付款	餘額	用途
------	------	----	----

機構名稱	每月付款	餘額	用途
------	------	----	----

簽帳卡	每月付款	餘額	信用卡額度
-----	------	----	-------

簽帳卡	每月付款	餘額	信用卡額度
-----	------	----	-------

限辦公室使用：

年收入（來源為退稅單、W-2、薪資單） \$ _____

家庭成員人數 _____ 貧困線準則 X 2 _____

資訊驗證者： _____

核准 () 駁回 ()

授權簽名（請參閱「慈善照護政策」）：

註釋：

本人瞭解此申請表上的所有資訊將由 Thorek Memorial Hospital 驗證，而且這可作為收入驗證之揭示許可，以及作為調查本人信用歷史之揭示許可。本人謹此宣示此申請表的所有聲明均正確無誤，若任何資訊有所謬誤，則可能導致此申請遭到駁回。

患者簽名 _____ 日期 _____