

2525 S Michigan Ave.
 芝加哥, IL 60616-2477

资助申请

患者姓名	芝加哥Insight医院和医疗中心 2525 S Michigan Ave.芝加哥, IL 60616-2477 电话312-567-2372 传真: 312-567-7904
专利号	
病历号	

I. 责任方

姓氏	名	MI	婚姻状况	社会保险号	
街道地址					
城市	国家	压缩	在这个地址住了多久?	家庭电话	手机
雇主名称和地址			业务电话	工作年限	
职位/头衔			月收入	付款期限	

II. 配偶

名称	社会保险号	
雇主名称和地址	业务电话	工作年限
职位/头衔	月收入	付款期限

III. 家庭信息 (家庭所有人员)

名称	出生日期	社会保险号码	关系

家庭总人数:

IV.其他月收入

股息、利息	\$	养老金	\$
公共援助/食品券	\$	投资/租金收入	\$
社会保障	\$	资助	\$
失业/工伤赔偿	\$	其他	\$
子女抚养费/赡养费	\$		
其他月收入总额:	\$		

V.月度开支

租金/抵押贷款	\$	食品	\$
房屋保险	\$	服装	\$
房产税	\$	汽车付款	\$
电动	\$	汽车保险	\$
水	\$	汽油	\$
电话/手机	\$	赡养费/子女抚养费	\$
贷款	\$	信用卡	\$
医疗保险	\$	药物	\$
人寿保险	\$	其他 (请注明)	\$
每月总支出:	\$		

VI.月度开支

责任方的月收入		\$
配偶月收入 (如适用)	+	\$
其他月收入合计	+	\$
每月总支出	-	\$
每月总支出:		\$

VII.资产

房地产/汽车/再生产 (权益价值)

支票账户	\$	房地产	\$
储蓄账户	\$	房车	\$
投资	\$	船/拖车	\$
光盘	\$	汽车(S)	\$
总资产	\$		

如果无法提供所要求的文件，请在下面说明。如有需要，请使用附加页。

我声明我所提供的答案是真实和准确的。

我明白，我可能会被要求证明任何声明，我的资格声明将通过与我的雇主联系和银行信用卡证明进行核实。本人还授权并指示任何个人或消费者报告机构向芝加哥Insight医院和医疗中心提供其可能拥有或获得的任何信息，以回应此类财务查询。

我理解法律要求芝加哥Insight医院和医疗中心对我提供的任何信息保密。

本人还同意，作为因任何事故或伤害而接受医疗服务的对价，从由此引起的诉讼或和解中向医院报销。

责任方签字

日期

请在六十（60）个工作日内寄送申请表和所有必要的证明文件。

*** 不完整的申请可能不予处理 ***

邮寄至： InsightChicago Hospital and Medical Center

Attention： 财务咨询办公室

2525 S. Michigan Ave

Chicago, IL 60616-2477

如果您在填写申请表时有任何疑问或需要帮助，请拨打以下电话联系患者财务服务部的财务顾问。

患者财务部312-567-2372