GRACIE SQUARE HOSPITAL
慈善照護申請表

患者姓名 _____ 出生日期 _____
姓氏 名字 中間名縮寫

地址 _____
街道和門牌號碼，公寓號碼 城市 州 郵遞區號

電話號碼 (____)_____職業_____雇主 _____

雇主地址_____雇主電話號碼_____

收入 – 請按照下表列出您本人、配偶，以及所有其他家庭成員的總收入：

收入類型	最近 3 個月總計	最近 12 個月總計
工資		
自僱收入		
公共援助		
社會保障金		
失業/工傷賠償		
贍養費		
子女撫養費		
退休金		
股息收入		
總計		

本院要求您提交證實您上列收入的文件。文件範例包括工資單、雇主證明信（如適用）、表格 1040 等。

家庭人口 - 與您同住的家庭成員：

姓名	年齡	關係

注意：如空間不敷使用，請另附一張紙。

發出帳單和收款過程中，您可隨時向本院提交本申請表。

一旦您向下列地址的醫院提交填妥的申請表和佐證文件，則在醫院對您的申請做出書面決定之前，您可以不理會任何費用。

如欲繳交這份慈善照護申請表，請詳閱下列聲明並在下方註明處簽名。

本人茲此要求 GRACIE SQUARE HOSPITAL 提供本人的慈善照護申請資格認定書。本人瞭解，醫院將對本人提供的本人年收入和家庭人口相關資訊進行驗證。本人也瞭解，如院方認定本人所提供的資訊虛偽不實，可能會據以拒絕本人提出之慈善照護申請，且本人可能必須支付接受服務應付之相關費用。本人確認，據本人所知，上述資訊均正確無誤。此外，本人茲此同意 GRACIE SQUARE HOSPITAL 查證與本次申請有關的任何資訊。

日期_____申請人簽名_____帳號 _____

請將填妥的申請表寄送至：

Gracie Square Hospital Patient Accounts
420 East 76th Street New York, NY 10021
或傳真至：(212) 434-5479