



财务申请表

本申请表必须随附收入证明（2份工资单或1040）

随附文件不予退还，请勿提供原件

第1部分 - 患者信息

1. 患者姓名		2. 病历编号：	
(姓氏)	(名字)	(中间名缩写)	
3. 申请日期	4. 本申请表包含的其他病历编号：		
5. 街道地址：		6. 电话号码：	
7. 市、州、邮编：		8. *家庭人数：	
*家庭人数包含本人、配偶及任何未成年子女。孕妇按两人计。			
9. 是否为美国公民？是或否		10. 社会安全号码或纳税人识别号：	

11. 扣除前薪金/工资： \_\_\_\_\_ 美元

请随附可证明薪金/工资的两份工资单副本或最新的 IRS 1040 申报表

12. 初级健康保险：（如为 Medicare、退伍军人事务部或未投保，请务必随附宾夕法尼亚州医疗援助的决定）

13. 家庭资产是否超过 5,000 美元？ （是/否）

资产包括：（支票/储蓄；金融市场/存款单/股票/债券；物业（不包括主要居所）；其他）

如果是，请列出资产并提供报表

患者或担保人签名：

日期：

请将申请表及证明文件副本邮寄至： Geisinger Uncompensated Care Service 49-38  
100 North Academy Ave  
Danville, PA 17822-4938

Section 2 – Office Use Only  
(第2部分 - 仅限官方使用)

Received Date:		Review Date:	
Verified Income:		Federal Poverty Level:	
Approved (circle): YES NO (Select reason for denial)		Reasons for Denial: ____ Applicant Over Income ____ Applicant did not supply Income Documentation ____ Applicant did not supply Medicaid Determination Other: _____	
Total Adjustment:		Approver Level:	
Geisinger Title	Signature:	Date:	
Service Line Specialist			
Supervisor			
Manager			
Director			
Associate Vice President			
Vice President			