

附件 2— 康涅狄格州（康涅狄格医院）

患者/付款来源经济工作表

患者姓名： _____

账户： _____

家庭规模： _____

1A 计算可用收入

月薪/养老金	_____ x 12 _____
每月 SSI/VA	_____ x 12 _____
总收入	_____ x 12 _____ (AA)

1B 计算每月开支

租金	_____
电	_____
气	_____
电话	_____
水	_____
汽车付款	_____
信用卡	_____
保险	_____
其他 _____	_____
食物 (\$100.00 x 被抚养 (赡养) 人)	_____
每月开支总额	_____
开支总额	_____ x 12 _____ (BB)

1C 医院账单的合格收入 _____ (CC)
 (AA - BB) (如果小于 0, 则输入 1)

1D 估计患者的医院账单 _____ (DD)

1E 流动资产的确认

银行账户	_____
债券	_____
股票	_____
CD	_____
共同基金	_____
流动资产总额	_____ (EE)

1F 患者总应付额减去流动资产 _____ (FF)

1G 合格收入减去患者应付额 _____ (GG)

注意：如果 GG 是负数，则患者无经济责任。

_____ 我证明上述信息属实。

_____ 我证明患者/付款来源失业，无法提供就业文件。

患者/付款来源签名

日期