

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

附件 2 — 纽约州 (纽约医院)

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 合格收入减去患者应付额 (CC-DD)

_____ (EE)

注意: 如果 EE 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