

如果您有问题或需要帮助来完成这项申请, 请拨打电话 (214)456-8640 联系财务顾问。

担保人/监护人的全名↓

继父/继母?

是 否

名字	姓氏	中间名	社会保障号	
() -		() -		/ /
雇主名称		工作电话	宅电	出生日期

家庭住址	市	州	邮编
------	---	---	----

其他担保人/监护人的全名↓

继父/继母?

是 否

名字	姓氏	中间名	社会保障号	
() -		() -		/ /
雇主名称		工作电话	宅电	出生日期
家庭住址		市	州	邮编

请在下面列出您家中的所有儿童:

姓名 姓氏, 名字	社会保障号	出生日期	保险/Medicaid 信息	办公用 MR#

工资/薪水担保人 #1 美元 _____ 工资/薪水担保人 #2 美元 _____ 儿童援助 已收到付款 美元 _____ 其他(请注明) 美元 _____ 总计 美元 _____ 累计总额 美元 _____	车辆 #1 #2	年份/型号 _____ _____	价值 美元 美元 住宅 (按揭付款) 美元 _____ 储蓄账户 美元 _____ 支票账户 美元 _____ 股票/债券 美元 _____ 美元 _____ 其他 (请注明) _____ 累计总额 美元 _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(家庭收入证明包括近期的联邦退税表 1040、公共服务部表格 1049、4 份年初至今的工资单存根、社会保障函或存款单、失业补助函或支票存根、资助函) 为了能成为资助候选人, 请提供适用的材料。在某些情况下, 如果没有材料, 法定监护人可以用口头证明代替材料。

- 患者的社会保障卡 (如适用)
- 患者的出生证明或护照
- 家庭收入证明 (参见上面的示例)
- 美国居住证明 (当前的水电费、电话或网费)

“儿童健康系统”与德克萨斯大学西南医疗中心 (“UTSW”) 合作, 向接受 UTSW 专业服务的患者提供财务援助, 援助的程度与依据儿童健康系统财务援助政策提供的此类资助相同。

担保人/监护人的签名

日期

FC 签名:

申请有效期至:

*通过在此申请上签名, 本人证明上述信息据本人所知是真实准确的, 且随附的文档在本人能力范围内是准确完整的。本人授权“儿童健康系统”针对本次筛选调查此信息。如果确定申请人提交了虚假信息, 将自动拒绝申请。