

# 经济援助 申请表

**重要提示:** 您或能获得免费或优惠的护理: 完成此申请将有助于 Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构) 确定您能否获得免费或优惠服务, 或者其他能帮您支付医疗护理费用的公共计划。请将此申请提交到附信上所列的地址。

如果您未投保, 则申请免费或优惠护理不需要提供社会保障号码。但有些公共计划 (包括 Medicaid) 要求提供社会保障号码。不要求提供社会保障号码, 但提供的话, 将有助于 Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构) 确定您是否有资格参加任一公共计划。对于标记为“可选”的申请问题, 您回答 (或不回答) 不会对申请结果产生任何影响。

在服务日期后, 请尽快完成此表并亲自或者通过邮件、电子邮件或传真提交到 Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构), 以申请免费或优惠护理。我们接受申请的时限是首次为您的护理开具账单后 240 天内。提交申请即表示您确认已经采取合理的努力提供申请中所要求的所有信息, 以协助 Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构) 确定患者是否有资格获得经济援助。如果您对申请流程有任何疑问, 可以致电 833-272-7581 联系 Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构) 的财务咨询部并提出问题或疑虑。

对未投保患者优惠申请流程或医院经济援助流程的投诉或疑虑, 可以报告伊利诺伊州总检察长卫生局。卫生局免费热线 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)。

## 患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的某行不适合您, 请注明不适用 (N/A))

日期 \_\_\_\_\_ 账号 \_\_\_\_\_

姓名 (名字和姓氏) \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻状况 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

可选 - 性别认同 - 您认为自己是:  男性  女性  跨性别男性/跨性男/女变男 (FTM)  跨性别女性/跨性女/男变女 (MTF)  性别酷儿/既非男性也非女性的非常规性别  其他性别类别 (或其他)

可选 - 性别认同: 您的出生证明上最初列明的是什么性别?  男  女

可选 - 种族:  白人  黑人或非裔美国人  美国印第安人或阿拉斯加原住民  亚裔印第安人  中国人  菲律宾人  日本人  韩国人  越南人  其他亚洲人  夏威夷原住民  瓜马尼亚人或查莫洛人  萨摩亚人  其他太平洋岛民

可选 - 民族:  西班牙裔、拉丁或西班牙裔  墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人  波多黎各人  古巴人  另一种西班牙裔、拉丁裔/或西班牙裔

可选 - 语言 - 您在家是否说英语以外的语言?  是  否

如果是, 是哪种语言? \_\_\_\_\_

邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

可选 - 社会保障号码 \_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 就业状况 \_\_\_\_\_

雇主电话号码 \_\_\_\_\_

### 责任方的信息/法定监护人信息

(如果上述患者与责任方是同一人, 则将此部分留空。)

姓名(名字和姓氏) \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻状况 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_  
邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_  
社会保障号码(可选) \_\_\_\_\_  
雇主 \_\_\_\_\_ 就业状况 \_\_\_\_\_

### 责任方配偶信息

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名(名字和姓氏) \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻状况 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_  
邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_  
社会保障号码(可选) \_\_\_\_\_  
雇主 \_\_\_\_\_ 就业状况 \_\_\_\_\_  
雇主电话号码 \_\_\_\_\_

### 责任方的被抚养人(被赡养人)

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 与责任方的关系 \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 与责任方的关系 \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 与责任方的关系 \_\_\_\_\_  
姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 与责任方的关系 \_\_\_\_\_

住在家里的成人和儿童人数 \_\_\_\_\_

### 每月收入

(为下面列出的每一项填写美元。提供每个人每月的金额。)

申请人劳动收入 _____	获得的子女抚养费 _____
申请人配偶的收入 _____	获得的赡养费 _____
社会保障福利 _____	物业出租收入 _____
养老金/退休金收入 _____	食品救济券 _____
残疾保障收入 _____	获得的信托基金分红 _____
失业救济金 _____	其他收入 _____
工伤赔偿金 _____	每月总收入 _____
利息/股息收入 _____	

### 每月生活开支

根据 Ascension Illinois 的经济援助政策, 推定有资格获得经济援助的患者无需填写本部分。

房屋贷款/租金 _____	手机 _____
公用事业费用 _____	日杂/食品 _____
电话(固话) _____	有线电视/网络/卫星电视 _____
	汽车贷款 _____

子女看护\_\_\_\_\_

子女抚养费/赡养费\_\_\_\_\_

信用卡\_\_\_\_\_

医生/医院账单\_\_\_\_\_

汽车/车辆保险\_\_\_\_\_

房屋/财产保险\_\_\_\_\_

医疗/健康保险\_\_\_\_\_

人寿保险\_\_\_\_\_

其他每月开支\_\_\_\_\_

每月总开支\_\_\_\_\_

## 资产

现金/储蓄/支票账户\_\_\_\_\_

股票/债券/投资/定期存单\_\_\_\_\_

其他房产/第二住宅\_\_\_\_\_

船/房车/摩托车/休闲车\_\_\_\_\_

收藏汽车/非必需汽车\_\_\_\_\_

健康储蓄/灵活支出账户车辆\_\_\_\_\_

本人授权 Alexian Brothers Health System(经营别称 Ascension Illinois 附属机构)从外部信用报告机构获取信息。本人证实,此申请中的信息就我所知真实无误。本人将申请我可能有资格获得的任何州、联邦或当地援助,以帮助支付我的医疗账单。本人理解 Alexian Brothers Health System(经营别称 Ascension Illinois 附属机构)可能会核实所提供的信息,本人授权 Alexian Brothers Health System(经营别称 Ascension Illinois 附属机构)与第三方联系,以核实本申请所提供信息的准确性。本人了解,如果我有意在本申请中提供不真实的信息,将会失去获得经济援助的资格,任何已授予我的经济援助将被撤回,并且我要对账单的付款负责。

申请人签名\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_

备注\_\_\_\_\_

# 支持信

患者病历号/账号 \_\_\_\_\_

支持者姓名 \_\_\_\_\_

与患者/申请人的关系 \_\_\_\_\_

支持者地址 \_\_\_\_\_

致 Ascension Illinois:

本函旨在告知(患者姓名)\_\_\_\_\_几乎没有收入, 是  
我在帮助他/她维持生活开支。他/她/他们对我有很少或没有义务。

在本声明上签名即表示我同意提供的信息就我所知真实无误。

支持者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

尊敬的患者/申请人：

Alexian Brothers Health System (经营别称 Ascension Illinois 附属机构) 以慈悲为怀，致力于为所有人 (特别是最需要帮助的人) 提供个性化的护理。为患者提供经济援助是我们的使命和荣幸。经济援助仅适用于急救及其他医学必要护理。感谢您信任我们，托付我们护理您和您的家人，满足您的医疗保健需求。

我们发送本函并附上经济援助申请表是因为收到了您的请求。如果您没有提过此请求，请忽略。请将两面都填写完整，包括您的签名和日期，然后再寄回给我们。如果您在过去六个月内已经完成申请并且获得了经济援助批准，请通知我们。您可能无需再填写新的申请表。我们不会考虑六个月以前的申请。

请随申请表至少提供下列项目之一，作为收入证明。如果您已婚或者与重要他人在一起住了 6 个月或以上，则至少还需要提供作为其收入证明的下列项目之一，这样您的申请才会受理。

- 雇主最近 3 次签发的工资单的副本
- 最近一次的年度纳税申报表的副本 (如果是自雇人士，则包括所有附表)
- 社会保障和/或养老金/退休金授予书
- 家长或监护人最近的年度纳税申报表 (如果申请人是其纳税申报表上所列之被抚养人且未满 25 岁)
- 其他收入验证文件
- 最近 3 个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您获得家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住，请让他们填写标记为“支持信”的随附表格。此表格不会致使他们对您的医疗账单负有责任，只是帮助证明您负担生活开支的方式。如果您没有获得家人或朋友的援助，则无需填写“支持信”表格。

最后，另请提供您未清偿的每月医疗和药房/药品费用的证明文件。

请知晓, 我们必须收到填写完整的申请书和收入证明, 才会考虑您的申请。我们无法处理也不会考虑填写不完整的申请。

请记住, 通过网络电子邮件进行的通信不一定安全。您包含在电子邮件中的信息可能被预定收件人以外的第三方拦截和读取, 虽然这种可能性不大, 但还是存在。

我们希望保护您的个人信息, 确保其安全。由于申请中包含您的社会保障号码及其他私人信息, 因此提醒您不要用电子邮件发送。

请将填写完整的申请书打印出来, 邮寄到以下地址:

Ascension Illinois PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
PO Box 74008855  
Chicago, IL 60674-8855

如果对此申请有任何疑问, 请致电我方患者代表, 833-272-7581。

此致,

患者财务服务部  
Ascension Illinois