

CHI Mercy Health 经济援助申请表说明

本文介绍了关于向 *CommonSpirit Health* 申请经济援助的信息。

CommonSpirit Health 为符合某些收入要求的人士和家庭提供经济援助。根据您的家庭人数和收入，即使您有健康保险，您可能也有资格获得免费或优惠照护服务。家庭收入低于联邦贫困线 400% 的患者可获得经济援助。查询 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>，了解关于联邦贫困线的信息。

经济援助包括哪些内容？ 医院经济援助涵盖由 *CommonSpirit Health* 提供的适当的医院服务，具体取决于您的资格。经济援助可能无法涵盖所有医疗费用，包括由其他组织提供的服务。

如果您对此申请有问题或需要帮助，无论原因如何，您都可以获得帮助，包括残障援助和语言援助，电话：
844-286-5546

您必须满足以下要求，我们方能处理您的申请：

- 向我们提供有关您的家庭信息
- 向我们提供您的家庭每月总收入的信息（扣减税款和扣除额之前的收入）
- 提供有关家庭收入的文件
- 提供有关家庭资产的文件
- 如需要，请附上其他信息
- 在表格上签名并注明日期

注意：申请经济援助时您无需提供社保号码。提供社保号码有助于加快申请处理速度。社保号码用于核实您提供给我们的信息。如果您没有社保号码，请标明“不适用”或“NA”。

将填妥的申请书和所有文件邮寄或传真至：CHI Mercy Health，收件人：EES - Financial Assistance Center，
邮政编码：660872。德克萨斯州达拉斯 75266-0872 传真号码：469-803-4627。请务必自留一份副本。

要亲自提交填妥的申请书，请前往：CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

我们将在收到完整的经济援助申请表（包括收入证明文件）后的 30 个日历日内，通知您关于您的资格的最终决定，以及您的上诉权利（如适用）。

提交经济援助申请即代表您同意我们进行必要的查询，以确认您的债务情况和信息。

我们竭诚为您提供帮助。请及时提交您的申请！
在我们收到您的资料之前，您可能会收到账单。

CHI Mercy Health
经济援助申请表 - 机密

请完整填写所有信息。如果不适用，请注明“NA（不适用）”。如有需要，请附上其他资料页面。

评估信息

您是否需要口译员？ 是 否 如果是，请列出您的首选语言：

患者是否已经申请了 Medicaid？ 是 否 可能需要先申请 Medicaid，再考虑予以经济援助

患者是否接受州政府的公共服务，如食品救济券或妇幼营养补助计划 (WIC)？ 是 否

患者目前是否无家可归？ 是 否

患者的医疗照护需求是否与车祸或工伤有关？ 是 否

列出您接受治疗的 CommonSpirit Health 医院：

请注意

- 我们无法保证您有资格获得经济援助，即使您提出了申请。
- 您递交申请后，我们可能会核实所有信息，并可能要求您提供其他信息或收入证明。

患者和申请人信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏
出生日期	患者账号：	患者社保号码（选填*）
负责支付账单的人员	与患者的关系	出生日期
负责支付账单的人员的就业状况	社保号码（选填*）	
负责支付账单的人员的就业状况	主要联系电话	
负责支付账单的人员的就业状况	（ ）_____	
负责支付账单的人员的就业状况	（ ）_____	
负责支付账单的人员的就业状况	电子邮箱：	
负责支付账单的人员的就业状况	城市	州
负责支付账单的人员的就业状况	邮编	
负责支付账单的人员的就业状况	负责支付账单的人员的就业状况	
负责支付账单的人员的就业状况	<input type="checkbox"/> 受雇（受雇日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业时长：_____） <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障人士 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他（_____）	

家庭信息

列出您家中的家庭成员，包括您自己。“家庭成员”包括两个或两个以上因出生、结婚或收养关系而住在一起的人。如果患者可在其所得税申报表中要求将某人作为受抚养人，则就本申请而言，该人便属于患者的家庭成员。

家庭人数 _____

如有需要，请附上其他资料页面

姓名	出生日期	与患者的关系	18岁及以上： 雇主名称或收入来源	18岁及以上： 每月总收入（税前）：	也在申请经济援助吗？
					是/否
					是/否

					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源示例如下：

- 工资 - 失业 - 自雇 - 工伤赔偿 - 残障 - 补充安全收入 (SSI)
- 儿童/配偶赡养费 - 勤工俭学计划 (学生) - 退休金 - 退休账户提领额
- 其他 (请注明: _____)

收入信息

切记：您必须在申请时附上收入证明。

您必须提供关于家庭收入的信息。需要核实收入以确定是否予以经济援助。

所有 18 岁或以上的家庭成员均必须披露其收入。请提供每一个确定的收入来源的证明文件。

收入证明文件的示例如下：

- 去年的所得税申报表，包括附表（如适用）；或
- “W-2” 扣缴凭单；或
- 当前有效的工资单（3 个月）；或
- 雇主或其他人提供的带有签名的书面声明；以及
- Medicaid 和/或州资助医疗援助资格的批准/拒绝文件；或
- 失业补助资格的批准/拒绝文件。

如果您没有收入证明或没有收入，请另附一页带有签名的声明，解释您如何支付基本生活费用（如住房、食品和水电煤气费）。

资产信息

(本部分选填，可用于确定您是否有资格参加其他援助计划)

请提供每一项确定的资产来源的证明文件。收入证明文件的示例如下：

- 当前有效的银行对账单（时间为最近 3 个月）
 - 活期存款账户
 - 储蓄账户
- 投资，包括股票和债券
- 信托基金
- 金融市场账户
- 共同基金
- 其他投资基金，前提是提取该资金不会产生罚款。

其他信息

如果您想告诉我们关于您当前财务状况的其他信息，例如财务困难、过高的医疗费用、季节性或临时收入、或个人损失，请再添加一页文件。

患者同意书

本人知晓，CommonSpirit Health 可审查信用信息并从其他来源获取信息，以核实本人的资料，从而确定本人是否有资格获得经济援助或参与支付计划。

- 本人保证就本人所知，我提供的信息真实准确。
- 本人将独立或在医院工作人员的协助下，通过联邦、州、地方政府和私人渠道申请任何及所有援助，以帮助支付这笔医疗费用。
- 本人知晓，如果不配合 CommonSpirit Health 的工作，不提供所需信息，本人的申请可能会被拒绝。
- 本人知晓，本人提交的信息将由 CommonSpirit Health 进行核实（包括信用报告机构），并根据需要接受联邦和/或州机构以及其他机构的审查。
- 本人知晓，为获得援助资格，本人可能需要提供更多信息。

如果您收到保险公司、工人赔偿计划或任何其他第三方的付款，您同意将此类付款告知医院。如果第三方为您支付医院服务费用，医院保留收取原全额费用的权利。

申请人签字

日期