



# 经济援助申请表

**重要事项：**您可能有资格享受免费或折扣价护理：填写此申请表将帮助 AdventHealth 确定您是否有资格享受免费或折扣价服务，或者可能有资格享受公共计划以帮助您支付医疗费用。请将此申请提交至附信中所列的地址。

如果您没有医疗保险，则无需社会保障号码即可获得免费或折扣护理的资格。不过，包括医疗补助 (Medicaid) 在内的一些公共计划要求提供社会保障号码。您无需提供社会保障号码，但社会保障号码将帮助 AdventHealth 确定您是否有资格参加任何公共计划。对于任何标有“可选”的申请表问题，您的回答（或不回答）不会对申请结果产生任何影响。

请填写此表，并在您接受服务的日期后尽快将填好的表格亲自、通过邮寄、电子邮件或传真提交给 AdventHealth，以申请免费或折扣价护理。只要您在收到第一份护理账单后的 240 天内提交，我们也将接受您的申请。提交此申请，即表明您同意自己已真诚地努力提供申请表中要求的所有信息，以协助 AdventHealth 确定相关患者是否有资格获得经济援助。如果您对申请过程有任何疑问，请致电 800-462-0490，联系 AdventHealth 的财务咨询部门。

您可以联系伊利诺伊州总检察长下属的医疗保健局（Health Care Bureau of the Illinois Attorney General），就无保险患者折扣申请程序或医院经济援助程序提交自己的投诉或疑虑。医疗保健局（Health Care Bureau）的免费热线是 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)。

## 患者信息

*(请打印、或用正楷清晰书写，所有栏目都必须填写。如果表中的任何一行不适用，请注明 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  女  变性男/跨性别男/女变男（FTM）

变性女/跨性别女/男变女（MTF）  变性人/性别不符者  不完全是男性或女性

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出的性别是什么？：**  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  亚洲印度人  中国人  菲律宾人  日本人  韩国人  越南人  其他亚裔  夏威夷原住民  瓜曼人或查莫罗人  萨摩亚人  其他太平洋岛民

**可选：**族裔： 西班牙裔、拉美裔或西班牙血统  墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺/奇卡纳  波多黎各人  古巴人  
 其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙祖籍

**可选：**语言：您在家是否说英语以外的语言？ 是  否  
如果是，哪种语言？

**可选：**首选语言： 英语  西班牙语  波兰语  其他：

邮寄地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_  
州：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

**可选：**社会保障号码：

雇主：\_\_\_\_\_  
就业状况：\_\_\_\_\_

雇主电话号码：\_\_\_\_\_

### 责任方信息/法定监护人信息

(如果上述患者即责任方，本部分留空。)

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：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

社会保障号码（可选）：\_\_\_\_\_

雇主：\_\_\_\_\_ 就业状况：\_\_\_\_\_

### 责任方配偶信息

(如果患者即责任方，请填写患者配偶信息。)

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：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

社会保障号码（可选）：\_\_\_\_\_

雇主：\_\_\_\_\_ 就业状况：\_\_\_\_\_

雇主电话号码：\_\_\_\_\_

### 责任方的受抚养人

(如果患者即责任方，请填写患者配偶信息。)

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： \_\_\_\_\_

家中的成人和儿童人数： \_\_\_\_\_

### 月收入

(请填写下列各项的美元金额。提供每项每月的金额。)

申请人的收入： \_\_\_\_\_

收到的子女抚养费： \_\_\_\_\_

申请人配偶的收入： \_\_\_\_\_

收到的抚养费： \_\_\_\_\_

社会保险福利： \_\_\_\_\_

物业出租收入： \_\_\_\_\_

养老金/退休金收入： \_\_\_\_\_

食品券： \_\_\_\_\_

残疾补助收入： \_\_\_\_\_

收到的信托基金分配款： \_\_\_\_\_

失业救济金： \_\_\_\_\_

其他收入： \_\_\_\_\_

工伤赔偿： \_\_\_\_\_

**每月总收入： \$** \_\_\_\_\_

利息/股息收入： \_\_\_\_\_

### 每月生活开支

AdventHealth 经济援助政策推定符合经济援助条件的患者无需填写本部分。

按揭/房租： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 儿童保  
育： \_\_\_\_\_

公用事业： \_\_\_\_\_

### 资产

电话（座机）： \_\_\_\_\_

手机： \_\_\_\_\_

杂货/食品： \_\_\_\_\_

有线电视/互联网/卫星电视： \_\_\_\_\_

汽车付款： \_\_\_\_\_

子女抚养费/赡养费:

\_\_\_\_\_

信用卡:

\_\_\_\_\_

医生/医院账单:

\_\_\_\_\_

汽车保险:

现金/储蓄/支票账户: \_\_\_\_\_

其他不动产/第二住所: \_\_\_\_\_

收藏汽车/非必要汽车: \_\_\_\_\_

健康储蓄/灵活开支账户: \_\_\_\_\_

房屋/财产保险: \_\_\_\_\_

医疗/健康保险: \_\_\_\_\_

人寿保险: \_\_\_\_\_

其他每月开支: \_\_\_\_\_

**每月总支出: \$**

股票/债券/投资/定期存款: \_\_\_\_\_

船只/房车/摩托车/休闲车: \_\_\_\_\_

本人授权 AdventHealth 从外部信用报告机构获取信息。本人保证，本申请表中的信息据本人所知真实无误。本人将申请可能符合资格的任何州、联邦或地方援助，以帮助我支付医疗费用。本人理解，本申请表提供的信息可能会由 ADVENTHEALTH 核实，并且本人授权 AdventHealth 联系第三方以核实所提供信息的准确性。本人理解，如果在本申请表中故意提供不真实的信息，我将失去获得经济援助的资格，已经批准的任何经济援助都可能被取消，并且我将负责支付账单。

申请人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

意见: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 支持函

患者病历号或账号: \_\_\_\_\_

支持人姓名: \_\_\_\_\_

与患者或申请人的关系: \_\_\_\_\_

支持人地址: \_\_\_\_\_

致 AdventHealth: \_\_\_\_\_

此信特此告知（患者姓名）：收入很少或没有收入，本人在为其支付生活费用。此人对我几乎没有任何义务。

通过签署本声明，本人同意所提供的信息据我所知是真实的。

支持人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

尊敬的患者或申请人：

AdventHealth 以怜悯为动力，致力于为所有人提供个性化护理，尤其是那些最需要帮助的人。为患者提供经济援助是我们的使命，也是我们的荣幸。经济援助仅限于急诊和其他医疗必需的护理。感谢您信任我们，让我们为您和您的家人提供医疗保健服务。

我们寄送此信并附上经济援助申请表，是因为我们收到了您的请求。如果您并未提此请求，请忽略这封信。请填写表格的两面，包括您的签名和日期，然后交回给我们。如果您在过去六个月内提交过申请并获得了经济援助，请告知我们。您可能不需要填写新的申请表。我们不会考虑超过六个月的先前申请。

在提交申请的同时，请提供至少一份以下项目的副本作为您的收入证明。如果您已婚，或与伴侣同居了 6 个月或更长时间，他们还需要提供以下至少一项的副本，作为收入证明，然后我们才能受理申请。

- 来自雇主的最近三张工资单的副本
- 最近一年的纳税申报表副本（如果是自由职业者，请附上所有附表）
- 社会保障和/或养老金退休金
- 父母或监护人最近一年的纳税申报表（如果申请人是纳税申报表中列出的受抚养人且不满 25 岁）
- 其他收入确认文件
- 最近三个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您接受家人或朋友的资助或与他们同住，请让他们填写所附的支持信表格。这并不会使他们对您的医疗费用负责。这将有助于显示您如何能够负担生活费用。如果您没有得到家人和朋友的帮助，则无需填写支持信。

最后，还请提供文件，证明您未支付的每月医疗、药房和药物费用。

我们必须收到填写完整的申请表和收入证明后，才能考虑您的申请。我们无法处理或考虑不完整的申请。

请注意，互联网上的电子邮件通信并不安全。虽然可能性不大，但您在电子邮件中提供的信息有可能被收件人以外的其他人截获并阅读。

我们希望保护您的个人信息并确保其安全。由于申请表中有您的社会保障号码和其他私人信息，我们建议您不要通过电子邮件发送申请表。

请打印填写完整的申请表，并邮寄至以下地址：

AdventHealth  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 935979

Atlanta, GA 31193

如果您对此申请有任何疑问，请致电 800-462-0490 联系我们的财务顾问。

此致，

AdventHealth 患者财务服务