

患者姓名: \_\_\_\_\_

病历号 (MRN): \_\_\_\_\_

**您或许可以享受免费护理或折扣护理:** 填写此申请表将帮助 Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) 确定您能否享受免费服务或折扣服务, 或者能否享受可帮助您支付医疗保健费用的其他公共计划。

**如果您没有保险, 则无需提供社会保障号即有资格享受免费护理或折扣护理。**

但有些公共计划 (包括 Medicaid) 要求提供社会保障号。提供社会保障号并非强制要求, 但可以帮助医院确定您是否符合任何公共计划资格。请填写此表单, 并亲自或者通过邮寄、电子邮件或传真提交此表单, 以便在出院或接受门诊护理之日后的 240 天内申请免费护理或折扣护理。患者须确认自己本着诚信的原则来提供申请表中要求的全部信息, 以帮助 NMHC 确定患者是否符合经济援助资格。

**如果您没有保险并符合特定推定资格标准, 则无需填写此申请表。**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 无家可归                         | 登记参加面向低收入个人的援助计划:  |
| <input type="checkbox"/> 已经去世且无任何遗产                   | <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC) |
| <input type="checkbox"/> 精神上无行为能力且没有人代表患者行事           | <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)    |
| <input type="checkbox"/> 符合 Medicaid 资格, 但在接受服务之日无此资格 | <input type="checkbox"/> Illinois Free Lunch and Breakfast Program (LIHEAP)  |

申请者			
申请者姓名		社会保障号	
出生日期			
家庭住址		城市	州
邮政编码			
座机电话号码	手机号码	电子邮件地址	
首选联系方式	<input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 邮寄	<input type="checkbox"/> 电子 <input type="checkbox"/> 邮件	<input type="checkbox"/> 座机 <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 我无家可归
家庭年收入			
申请者的婚姻状况		家庭成员数量 <i>(按您的纳税申报表上报告的人数)</i>	
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶			
就业状况		失业 - 最后工作日期: _____	
<input type="checkbox"/> 受雇 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 伤残			
雇主名称		电话号码	
雇主地址		城市	州
邮政编码			
雇主提供的健康保险计划的名称 (包括 COBRA [《综合预算协调法案》])			
<input type="checkbox"/> 未提供健康保险			

配偶/伴侣/父母/担保人 (如果适用)			
关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 担保人 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
姓名		社会保障号	
出生日期			
就业状况		失业 - 最后工作日期: _____	
<input type="checkbox"/> 受雇 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 伤残			
雇主名称		电话号码	
雇主地址		城市	州
邮政编码			
雇主提供的健康保险计划的名称 (包括 COBRA [《综合预算协调法案》])			
<input type="checkbox"/> 未提供健康保险			

保险范围		
1. 您是否在任何医疗保险政策覆盖范围内或符合任何医疗保险政策资格, 包括外国保险、Health Insurance Marketplace、退伍军人福利、Medicaid 和 Medicare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
a. 如果是, 请提供以下信息:		
投保人	保险公司	保单号
投保人	保险公司	保单号

患者姓名: \_\_\_\_\_  
 病历号 (MRN): \_\_\_\_\_

调查问卷	
1. 您在接受护理时, 是否为伊利诺伊州的居民?	□ 是 □ 否
2. 您是否为居住在伊利诺伊州并持有美国签证的外国公民?	□ 是 □ 否
a. 如果是, 您的签证是哪种类型? _____	
3. 您是否在为我们在我们的急诊室接受的护理寻求经济援助?	□ 是 □ 否
4. 如果您已离异或分居, 按照离婚协议或分居协议, 您的前配偶/伴侣是否在财务上为您的医疗护理负责?	□ 不适用 □ 是 □ 否
5. 提供的治疗是否与以下任何选项相关?	
<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
6. 对于您的受伤或疾病, 您是否雇佣了律师或正在进行索赔?	□ 是 □ 否
a. 如果是, 请提供:	
_____	
_____ 律师姓名	_____ 律师电话号码
7. 您是否已经申请 Medicaid? (我们可能要求您这样做)	□ 是 - 正在等待审批      □ 是 - 不符合资格      □ 否
a. 如果否, 请选中以下所有适用项:	
<input type="checkbox"/> 您年龄为 19 岁或以下 <input type="checkbox"/> 您已年满 65 岁 <input type="checkbox"/> 您是盲人	
<input type="checkbox"/> 您在服用药物控制糖尿病、高血压或癫痫 <input type="checkbox"/> 您是 Social Security Administration 认定的残疾人 <input type="checkbox"/> 您是孕妇	
<input type="checkbox"/> 您有 19 岁以下的孩子和您一起生活	

资产	
1. <b>房产。</b> 请提供关于您拥有的 <b>除主要居所以外</b> 的任何房产 (房屋和/或土地) 的信息。	
a. 所有房屋和土地减去房产的欠款之后价值几何?	\$ _____ □ 不适用
i. 此房产是否用作收入?      □ 是      □ 否	
b. 土地 (不含房屋) 减去房产的欠款之后价值几何?	\$ _____ □ 不适用
i. 此房产是否用作收入?      □ 是      □ 否	
2. <b>银行账户/投资。</b> 请列出以下各项的当前总计余额。	
a. 支票/储蓄/信贷联盟账户:	\$ _____ □ 不适用
b. 其他投资 (债券、股票等等, <b>不包括IRA 和/或退休账户</b> ):	\$ _____ □ 不适用

本人谨此证明, 就本人所知, 此申请表中的信息真实无误。我将申请我可能符合资格的任何州、联邦或地方援助, 以帮助支付此医院账单。我了解 NMHC 可能会验证我提供的这些信息, 我授权 NMHC 联系第三方, 以验证此申请表中提供的信息的准确性。我了解如果我故意在此申请表中提供不实信息, 或者此申请表中包含错误或缺失的资料, 我将无资格获得经济援助, 任何授予我的经济援助可能会被撤销, 我将负责支付账单。

\_\_\_\_\_  
 申请者签名

\_\_\_\_\_  
 配偶/伴侣/父母/担保人签名 (如果适用)

\_\_\_\_\_  
 日期

\_\_\_\_\_  
 日期

请将填好的申请表和证明文件交回至:

**Northwestern Memorial HealthCare**  
 收件人: Financial Counseling  
 675 North Saint Clair, 2-110  
 Chicago, IL 60611  
 电话: 312.926.6906 或 800.423.0523  
 传真: 312.694.0447  
 finapps@nm.org

患者姓名: \_\_\_\_\_  
病历号 (MRN): \_\_\_\_\_

## 经济援助所需的证明文件

请提供下面要求的文件。如果未附上所要求的任何文件，您的申请将被延后或拒绝。  
如果您无法提供文件，请提供解释信。

### 主要文件:

- 税务文件：请提供您的最新联邦纳税申报单以及 W-2 或 IRS 4506-T 表：申请税表副本。
- 政府发行的带照片的有效证件：
  - 驾驶证、护照等等。
- 伊利诺伊州居住证明：请至少提供以下文件之一。
  - 州政府发行的带照片的有效证件或驾驶证
  - 包含伊利诺伊州地址的最新水电费账单
  - 伊利诺伊州选民投票登记卡
  - 政府或其他可信来源寄给申请者的最新邮件
  - 无家可归者收容所寄来的信函
- 收入证明：请提供下面列出的所有适用文件。
  - 您近期的两个失业支票或存根的副本
  - 您近期的两个就业支票或存根的副本
  - 您近期的两个社会保障支票或存根的副本
- 资产证明：请提供您的所有支票、储蓄和信贷联盟账户的两个最新结算单。
- 已填好并签名的申请表

### 补充文件/其他文件:

- 非工资收入证明：只有当您未提交上一个日历年的纳税申报单，或者本日历年的以下任何收入来源不同于上一个日历年时，才应提供以下适用文件。
  - 赡养费收入表
  - 营业收入表
  - 退休金或养老金收入表
- 如果婚姻状况为已婚或公民结合：请提供关于您配偶/伴侣的以下适用文件
  - 收入证明和非工资收入（如上所述）
  - 联邦纳税申报单以及 W-2 或 IRS 4506-T 表：申请税表副本
  - 所有支票、储蓄和信贷联盟账户的最新结算单
- 补充文件/其他文件（如果适用）：
  - 如果是外国公民，请提供您的护照和美国签证的副本
  - 健康保险卡（请复印正反面）
  - Medicaid 批准函/拒绝函
  - 赡养书（即您目前的生活费用由另一方支付）