

今天的日期 _____

经济援助申请表

患者姓名 _____ 医疗记录编号(MRN) _____

您可能符合条件获得免费或折扣的医疗服务。

填写此申请表，帮助西北纪念医疗保健中心(Northwestern Memorial HealthCare, NMHC)判断您是否能够获得：

- 免费或折扣的服务
- 可帮助您支付医疗服务费用的其他计划

如果您没有医疗保险：您不需要提供社会保障号码，即可获得免费或折扣的医疗服务。

一些公共计划，包括医疗补助(Medicaid)计划，需要您提供社会保障号码。您并非必须提供社会保障号码，但若提供此信息，将帮助NMHC判断您是否符合条件获得任何公共计划援助。

请填写此表格，然后以亲自递交、邮寄、电邮或传真方式，提交表格和**所有**必需的支持文件。您在出院后或接受门诊治疗后的**240天内**，必须提交完整的申请和支持文件。

您确认，您已在出院日之后或接受门诊治疗日之后的**240天内**，秉持诚信尝试申请免费或折扣的医疗服务。您确认，您已秉持诚信提供此申请表所需的所有信息，以帮助NMHC判断您是否符合条件获得经济援助。

如果您没有医疗保险并且符合一部分标准：您不需要填写此申请表。

您处于无家可归状态。

请选择您已经注册的任何计划。

患者已去世，没有配偶/遗产。

妇女、婴儿和儿童特别营养补充计划(WIC)

您因精神或智力缺陷而无法自行作出决定，并且没有人代表您行事。

补充营养援助计划(SNAP)

您符合条件获得医疗补助(Medicaid)，但服务日期除外。

伊利诺伊州免费午餐和早餐计划

低收入家庭能源援助计划(LIHEAP)

您的信息				
姓名		社会保障号码		出生日期 (年月日)
家庭地址		城市		州
家庭电话号码		手机号码		电子邮件
首选联系方式		<input type="checkbox"/> 我处于无家可归状态		年度家庭收入
<input type="checkbox"/> 美国邮寄 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机				
婚姻状况			家庭成员人数 (如您纳税报告所示) :	
<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶				
就业状态				
<input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 失业 (提供最后的工作日期) _____				
雇主名称			电话号码	
雇主地址		城市		州
您的雇主提供的医疗保险计划名称，包括COBRA <input type="checkbox"/> 您的雇主不提供医疗保险				

经济援助申请表

患者姓名 _____ 医疗记录编号(MRN) _____

保险涵盖情况

您是否已参保或符合任何医疗保险保单的条件, 包括 :

- 国际/旅行医疗保险
- 医疗保险Marketplace计划
- 退伍军人福利
- 医疗补助(Medicaid)
- 联邦医疗保险(Medicare)

是 否

如果您回答是, 请提供以下信息 :

购买保险计划的人员姓名 (保单持有人) :	保险公司	保单号码
购买保险计划的人员姓名 (保单持有人) :	保险公司	保单号码

配偶、伴侣、父母或担保人 (如适用)

关系
 配偶 伴侣 父母 担保人 其他 _____

姓名	社会保障号码	出生日期 (年月日)
----	--------	------------

就业状态
 就业 自雇 退休 失能 失业 (提供最后的工作日期) _____

雇主名称	电话号码
------	------

雇主地址	城市	州	邮编
------	----	---	----

雇主提供的医疗保险计划名称, 包括COBRA 雇主不提供医疗保险。

经济援助申请表

患者姓名 _____ 医疗记录编号(MRN) _____

问卷调查表		
1. 您接受医疗服务时住在伊利诺伊州吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 您是持有美国签证，居住在伊利诺伊州的外国国民（非美国公民）吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
A. 如果是，什么类型的签证？_____		
3. 您希望获得经济帮助，用于支付在我们急诊部接受的医疗服务吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 如果您已离婚或分居：您的前配偶/伴侣是否根据离婚或分居协议负责医疗费用？	<input type="checkbox"/> 不适用	<input type="checkbox"/> 是
5. 您接受的医疗服务是否与以下任何情况相关？		
<input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
6. 您是否聘请了律师，或您是否正在申请伤病索赔？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
A. 如果您回答是，请提供：		
律师姓名	律师电话号码	
7. 您是否已经申请医疗补助(Medicaid)？我们可能会要求您这样做。 <input type="checkbox"/> 是——正在等待审批 <input type="checkbox"/> 是——不符合条件 <input type="checkbox"/> 否		
A. 如果您回答否，请勾选所有适用的情况：		
<input type="checkbox"/> 您的年龄在19岁或以下。 <input type="checkbox"/> 您的年龄在65岁或以上。 <input type="checkbox"/> 您有视力障碍。	<input type="checkbox"/> 您正在服用控制糖尿病、高血压或癫痫的药物。 <input type="checkbox"/> 您被社会保障局鉴定为残疾人士。 <input type="checkbox"/> 您怀有身孕。	<input type="checkbox"/> 您有未满19岁的孩子与您同住。

资产		
1. 物业：请提供您拥有的、且 不是您主要居住地 的任何建筑或土地信息。		
A. 所有建筑和土地的价值减去您对该物业的欠债，剩余多少？_____	<input type="checkbox"/> 美元，不适用	
I. 此物业是否用来赚钱？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
B. 此土地（不包括建筑）的价值减去您对该物业的欠债，剩余多少？_____	<input type="checkbox"/> 美元，不适用	
I. 此物业是否用来赚钱？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 银行账户和投资：请列出以下各项的总金额。		
A. 支票账户、储蓄账户和信用合作账户：_____	<input type="checkbox"/> 美元，不适用	
B. 其他投资，如债券和股票。 不要 包括任何类型的退休账户。_____	<input type="checkbox"/> 美元，不适用	

签名即表示本人同意：

- 我将申请任何我可能符合条件获得的州、联邦或地方援助，用于帮助支付这笔账单。
- 我确认，此申请中的信息据我所知是真实且准确的。
- 我理解，NMHC可能会确认这些信息。
- NMHC可能会联系第三方来核实我在此申请中提供的信息。

我理解，如果我有意提供虚假信息，申请表中有重大错误，或遗漏重要内容：

- 我将无法符合条件来获得经济帮助。
- 授予我的任何经济帮助可能会被撤销。
- 我将负责支付账单。

经济援助申请表

患者姓名 _____ 医疗记录编号(MRN) _____

时间 _____ 日期 _____ 申请人签名 _____

时间 _____ 日期 _____

配偶 伴侣 父母/监护人 (选择一项) 签名 (若适用) _____

请将完成的申请表及任何支持文件提交至：

西北纪念医疗保健中心(Northwestern Memorial HealthCare)

Attention: Financial Counseling
675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

电话 : 312-926-6906或800-423-0523

传真 : 312-694-0447
finapps@nm.org

经济援助申请表

患者姓名 _____ 医疗记录编号(MRN) _____

申请经济援助所需的支持文件

如果您未提交全部所需文件，您的申请将会被延迟处理或拒绝。如果您无法提供所需文件，请提交一封信件来解释原因。

所需文件

伊利诺伊州居民身份验证：

- 至少提供以下文件中的一种：

- 由州政府颁发的有效的身份证复印件
- 带有伊利诺伊州地址的近期居民水电费账单
- 您的伊利诺伊州选民登记卡复印件
- 由政府或其他可信来源寄往您当前地址的邮件
- 来自无家可归者收容所、临时住所或其他类似机构的证明信，证明您现居住于该设施内
- 您的伊利诺伊州车辆登记卡复印件
- 临时访客的驾驶执照
- 租赁协议
- 由一位居住在同一地址的家庭成员出具的声明，并附有居住证明文件
- 以下“财务文件”部分列出的文件之一

财务文件：

- 至少提供以下文件中的一种：

- 您最近的纳税申报表复印件
- 您最近的W-2和1099表格复印件
- 您最近两次的雇主支票或工资单复印件
- 您最近两次的失业支票或工资单复印件
- 如果是以现金支付，需提供雇主出具的书面收入证明

如果您已婚或处于民事结合状态，请提供上述文件中的至少一份（该文件适用于您的配偶或伴侣）。

填写完整并签名的申请表。

其他文件

- 如果您去年未提交纳税申报表，或者您的赡养费、经营收入、退休金或养老金收入与去年不同：提供适用于您的以下非工资收入证明文件。
 - 赡养费收入声明
 - 业务收入声明
 - 退休金或养老金收入声明
- 如果您是外国国民（非美国公民）：
 - 提交您的护照和美国签证复印件。