

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。
- ☐ 患者已去世，没有配偶/遗产。
- ☐ 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。
- ☐ 您符合条件获得医疗补助(Medicaid)，但服务日期除外。

- 请选择您已经注册的任何计划。
- ☐ 妇女、婴儿和儿童特别营养补充计划(WIC)
 - ☐ 补充营养援助计划(SNAP)
 - ☐ 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	邮编
家庭电话号码	手机号码		电子邮件	
首选联系方式 <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		<input type="checkbox"/> 我处于无家可归状态		年度家庭收入
婚姻状况 <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			家庭成员人数（如您纳税报告所示）：	
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	邮编
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		
<p>您是否已参保或符合任何医疗保险保单的条件，包括：</p> <ul style="list-style-type: none">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) <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如果您回答是，请提供以下信息：</p>		
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）			
<p>关系</p> <p><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</p>			
姓名	社会保障号码	出生日期（年月日）	
<p>就业状态</p> <p><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）</p>			
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			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 否
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 and 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。