

今天的日期 _____

經濟援助申請表

患者姓名 _____ 醫療記錄編號 (MRN) _____

您可能符合條件享有免費或折扣的醫療服務。

填寫此申請表，幫助西北紀念醫療保健中心 (Northwestern Memorial HealthCare, NMHC) 判斷您是否能夠享有：

- 免費或折扣的服務
- 可幫助您支付醫療服務費用的其他公共計劃

如果您沒有醫療保險：您無需提供社會保障號碼，即可獲得免費或折扣的醫療服務。

一些公共計劃，包括醫療補助 (Medicaid) 計劃，需要您提供社會保障號碼。您無需提供社會保障號碼，但若提供此資訊，將幫助 NMHC 判斷您是否符合條件獲得任何公共計劃援助。

請填寫此表格，然後以親自遞交、郵寄、電郵或傳真方式，提交表格和所有必需的支援文件。您必須在出院後或接受門診治療後的 **240 天內**，提交完整的申請和支持文件。

您確認，您已在出院日之後或接受門診治療日之後的 240 天內，秉持誠信嘗試申請免費或折扣的醫療服務。您確認，您已秉持誠信提供此申請表所需的所有資訊，以協助 NMHC 判斷您是否符合條件獲得經濟援助。

如果您沒有醫療保險並且符合一部分標準：您不需要填寫此申請表。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 您處於無家可歸狀態。 | 請選擇您已經註冊的任何計劃。 |
| <input type="checkbox"/> 患者已去世，沒有配偶/遺產。 | <input type="checkbox"/> 婦女、嬰兒和兒童特別營養補充計劃 (WIC) |
| <input type="checkbox"/> 您因精神或智力缺陷而無法自行作出決定，並且沒有人代表您行事。 | <input type="checkbox"/> 補充營養援助計劃 (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> 您符合條件獲得醫療補助 (Medicaid)，但服務日期除外。 | <input type="checkbox"/> 伊利諾州免費午餐和早餐計劃 |
| | <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助計劃 (LIHEAP) |

您的資訊			
姓名	社會保障號碼	出生日期 (年月日)	
家庭地址	城市	州	郵遞區號
家庭電話號碼	手機號碼	電子郵件	
首選聯絡方式 <input type="checkbox"/> 美國郵寄 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手機		<input type="checkbox"/> 我處於無家可歸狀態 年度家庭收入	
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 異居 <input type="checkbox"/> 寡居		家庭成員人數 (如您納稅報告所示) :	
就業狀態 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 失業 (提供最後的工作日期) _____			
雇主名稱		電話號碼	
雇主地址		城市	州
您的雇主提供的醫療保險計劃名稱，包括 COBRA			<input type="checkbox"/> 您的雇主不提供醫療保險。

經濟援助申請表

患者姓名 _____

醫療記錄編號 (MRN) _____

保險涵蓋情況

您是否已參保或符合任何醫療保險保單的條件，包括：

- 國際/旅行醫療保險
- 醫療保險 Marketplace 計劃
- 退伍軍人福利
- 醫療補助 (Medicaid)
- 聯邦醫療保險 (Medicare)

是 否

如果您回答是，請提供以下資訊：

購買保險計劃的人員姓名 (保單持有人) :	保險公司	保單號碼
購買保險計劃的人員姓名 (保單持有人) :	保險公司	保單號碼

配偶、伴侶、父母或擔保人（如適用）

關係			
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 擔保人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
姓名	社會保障號碼	出生日期（年月日）	
就業狀態 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 失業（提供最後的工作日期）_____			
雇主名稱		電話號碼	
雇主地址	城市	州	郵遞區號
您的雇主提供的醫療保險計劃名稱，包括 COBRA			<input type="checkbox"/> 您的雇主不提供醫療保險。

經濟援助申請表

患者姓名 _____ 醫療記錄編號 (MRN) _____

調查問卷			
1. 您接受醫療服務時住在伊利諾州嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
2. 您是持有美國簽證，居住在伊利諾州的外國國民（非美國公民）嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
A. 如果是，什麼類型的簽證？_____			
3. 您希望獲得經濟援助，用於支付在我們急診部接受的醫療服務嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
4. 如果您已離婚或分居：您的前配偶/伴侶是否根據離婚或分居協議負責醫療費用？	<input type="checkbox"/> 不適用	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5. 您接受的醫療服務是否與以下任一情形相關？ <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 工傷 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
6. 您是否聘請了律師，或您是否正在申請傷病索賠？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
A. 如果您回答是，請提供：			
律師姓名 _____	律師電話號碼 _____		
7. 您是否已申請醫療補助 (Medicaid)？我們可能會要求您這樣做。	<input type="checkbox"/> 是 - 正在等待審批 <input type="checkbox"/> 是 - 不符合條件 <input type="checkbox"/> 否		
A. 如果您回答否，請勾選所有適用的情形：			
<input type="checkbox"/> 您的年齡在 19 歲或以下。	<input type="checkbox"/> 您的年齡在 65 歲或以上。	<input type="checkbox"/> 您有視力障礙。	
<input type="checkbox"/> 您正在服用控制糖尿病、高血壓或 癲癇的藥物。	<input type="checkbox"/> 您被社會保障局認定為殘疾人士。	<input type="checkbox"/> 您懷有身孕。	
		<input type="checkbox"/> 您有未滿 19 歲的孩子與您同住。	

資產		
1. 物業：請提供您擁有的、且不是您主要居住地的任何建築或土地的資訊。		
A. 所有建築和土地的價值減去您對該物業的欠債，剩餘多少？美元 _____	<input type="checkbox"/> 不適用	
I. 此物業是否用來賺錢？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
B. 此土地（不包括建築）的價值減去您對該物業的欠債，剩餘多少？美元 _____	<input type="checkbox"/> 不適用	
I. 此物業是否用來賺錢？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
2. 銀行帳戶和投資：請列出以下各項的總金額。		
A. 支票帳戶、儲蓄帳戶和信用聯合帳戶：美元 _____	<input type="checkbox"/> 不適用	
B. 其他投資，如債券和股票。不要包括任何類型的退休帳戶。美元 _____	<input type="checkbox"/> 不適用	

我在此簽名，即表示我同意：

- 我將申請任何我可能符合條件獲得的州、聯邦或地方援助，用於幫助支付這筆帳單。
- 我確認，此申請中的資訊據我所知是真實且準確的。
- 我理解，NMHC 可能會確認這些資訊。
- NMHC 可能會聯絡第三方來驗證我在此申請中提供的資訊。

我理解，如果我有意提供虛假資訊，申請表中有重大錯誤，或遺漏重要內容：

- 我將無法符合條件來獲得經濟幫助。
- 授予我的任何經濟幫助可能會被撤銷。
- 我將負責支付帳單。

時間 _____ 日期 _____ 申請人簽名 _____

時間 _____ 日期 _____

配偶 伴侶 父母/監護人（選擇一項）簽名（若適用）_____

請將完成的申請表及任何支持文件提交至：

西北紀念醫療保健中心 (Northwestern Memorial HealthCare)
Attention: Financial Counseling
675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

電話 : 312.926.6906 或 800.423.0523
傳真 : 312.694.0447
finapps@nm.org

經濟援助申請表

患者姓名 _____

醫療記錄編號 (MRN) _____

申請經濟援助所需的支持文件

如果您未提交全部所需文件，您的申請將會延遲處理或遭拒。如果您無法提供所需文件，請寫信解釋原因。

所需文件伊利諾州居民身份驗證：

- 至少提供以下資料中的一種：

- 由州政府頒發的有效身份證影本
- 帶有伊利諾州地址的近期居民水電費帳單
- 您的伊利諾州選民登記卡影本
- 由政府或其他可信來源寄往您當前地址的郵件
- 來自無家可歸者收容所、臨時住所或其他類似機構的證明函，證明您現居住於該設施內
- 您的伊利諾州車輛登記卡影本
- 臨時訪客的駕駛執照
- 租賃協定
- 由一位居住在同一地址的家庭成員出具的聲明，並附有居住證明文件
- 以下「財務文件」部分列出的文件之一

財務文件：

- 至少提供以下資料中的一種：

- 您最近的納稅申報表影本
- 您最近的 W-2 和 1099 表影本
- 您最近兩次的雇主支票或工資單影本
- 您最近兩次的失業支票或工資單影本
- 如果是以現金支付，需提供雇主出具的書面收入證明

如果您已婚或處於民事結合狀態，請提供上述文件中的至少一份（該文件適用於您的配偶或伴侶）。

填寫完整並簽名的申請表。**其他文件**

- 如果您去年未提交納稅申報表，或您的贍養費、營業收入、退休金或養老金收入與去年不同：請提供適用於您的以下非工資收入證明文件。

- 贍養費收入聲明
 - 營業收入聲明
 - 退休金或養老金收入聲明
- 如果您是外國國民（非美國公民）：
- 提交您的護照和美國簽證影本