

## 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。**

- ☐ 您處於無家可歸狀態。
- ☐ 患者已去世，沒有配偶/遺產。
- ☐ 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。
- ☐ 您符合條件獲得醫療補助 (Medicaid)，但服務日期除外。

請選擇您已經註冊的任何計劃。

- ☐ 婦女、嬰兒和兒童特別營養補充計劃 (WIC)
- ☐ 補充營養援助計劃 (SNAP)
- ☐ 伊利諾州免費午餐和早餐計劃
- ☐ 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"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			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 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) \_\_\_\_\_

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： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 國際/旅行醫療保險</li> <li>• 醫療保險 Marketplace 計劃</li> <li>• 退伍軍人福利</li> <li>• 醫療補助 (Medicaid)</li> <li>• 聯邦醫療保險 (Medicare)</li> </ul> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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.	<b>物業：</b> 請提供您擁有的、且 <b>不是您主要居住地</b> 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.	<b>銀行帳戶和投資：</b> 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。 <b>不要</b> 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的身分證影本
- ☐ 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