

经济援助计划

申请表

- 经济援助计划为有资格享有承保服务的患者提供相应折扣。
- 请填写、签署所附之《经济援助申请表》并注明日期，同时附上所需的收入核实文件，然后传真或寄回至提供/即将提供服务的地点。
- 我们将对您填妥的申请表进行审查，以确认是否可获得总缴费额 100% 的折扣（任何适用之共付额除外）。
 - 经济援助计划共付额不可获得进一步折扣，具体如下：
 - 门诊治疗/诊断性检查 \$5.00
 - 高价诊断性检查/紧急护理服务 \$25.00
 - 门诊手术/急诊室治疗或住院治疗 \$50.00
 - 注意：共付额不适用于医生诊室就诊**
- 若您不符合获得经济援助计划的资格，且您未投保，则针对所有承保的医疗服务，您均可自动享有未投保情况下的折扣（美容性服务或可选服务除外）。

资格

为符合经济援助计划的资格，您可能需要提交下列所有或部分材料：

- 去年报税表的复印件
- 当前工资存根复印件（如适用）
- 用于确认其他收入来源的更多文件；例如，包括（但不限于）：子女抚养费、赡养费、工伤补偿金、公共援助、自营职业收入、失业所得等。
- 在您的申请表上应体现家庭所有收入和家中所有人口，包括居住和收入来源证明。
- 在资格审查过程中，若认定您符合替代性资助来源的资格，则您在考虑申请经济援助计划之前，可能需要填写此替代性计划的申请表；例如：Medicaid 补助、未保险驾驶人等计划的申请表。

请注意：若未能给予配合及希望获得其他计划的承保资格（例如 Medicaid、伤残保险、人身伤害索赔、工伤补偿保险、未保险驾驶人等），则可能导致经济援助计划资格遭拒。

经济援助不适用于：

- 多数共付额、免赔额及共保额。
- 个人费用项目，如电话费和电视费。
- 不具有医疗必需性的服务，包括可选手术、美容手术及不孕不育治疗
- 由其他医疗服务网络内的保险承保的服务

援助

如您对经济援助政策有何疑问、需要帮助填写经济援助申请表或需要正确的邮寄地址，以提交填妥的申请表，请参考下列信息：

提供/即将提供服务的机构/卫生系统	财务顾问	客户服务	财务顾问传真号码：	将填写完整的申请表邮寄至：
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept. One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan – Saginaw	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept. 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan – Standish Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept. 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System – Tawas	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Financial Counseling Dept. 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Ascension Medical Group 医生 Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C – Financial Assistance Dept. 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group 医生 St. Mary's、Standish 及 St. Joseph's Health System 服务提供商	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C – Financial Assistance Dept. 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

如果您要提交（传真）用于资格审议的财务信息或其他信息，请务必在每个传真页面的右上角写明患者姓名、出生日期及账号（如适用）。

感谢您信任我们来满足您的医疗服务需求

经济援助计划申请表

患者信息 (请正楷书写)

				账号	
患者姓名:	出生日期	婚姻状态	性别		电话号码
地址:	城市	州	邮政编码	电子邮件地址	
社会保险编号:	雇主		全职 兼职		每周工时
雇主地址:	城市	州	邮政编码		电话号码

负责方信息

姓名 同上	出生日期	婚姻状态	性别		电话号码
地址		州	邮政编码	电子邮件地址	
社会保险编号:	雇主		全职 兼职		每周工时
雇主地址	城市	州	邮政编码		电话号码

负责方配偶信息

配偶姓名	社会保险编号		出生日期
配偶雇主:	地址:	城市	州 邮政编码 电话号码

受抚养人:

姓名	年龄	关系	姓名	年龄	关系

每月总收入

申请人所赚收入	
申请人配偶收入	
申请人社会保险福利	
退休金/退休收入	
失业补偿金	
工伤补偿金	
利息/股息收入	
子女抚养费	
赡养费	
房屋出租收入	
食品券	
其他	
其他	
总收入:	\$

资产

留存现金	
储蓄帐户	
支票帐户	
存款单	
证券	
寿险	
其他不动产	
其他	
机动车/生产信息和款型:	年份 价值
财务结算:	
寿险	
继承	
其他	
资产总值:	\$

每月生活费

支付金额	余额
房贷/房租	
电费	
燃气费	
电话费	
水费	
食品杂货费	
有线电视费	
汽车分期付款	
手机费	
日托费	
子女抚养费/赡养费	
处方药费	
信用卡:	
1.	
2.	
3.	
其他医生/医院账单:	
保费:	
1. 车险	
2. 财产保险	
3. 医疗保险/寿险	
其他贷款支付金额:	
1.	
2.	
其他每月付款:	
统一综合预算协调法案 (cobra)	
寿险	
3.	
每月总开支:	\$ \$

评论:

本人谨此证明, 据本人所知所信, 上述资料真实完整。如医院认为必要, 本人特此授权医院从外部信用报告机构获取相关信息。

日期 _____ 患者、配偶、担保人或法定代表人签字 _____

经济援助计划申请表证明

本人于此申请表上的签名证明，据本人所知所信，本人在经济援助计划申请表上提供的所有声明和信息均真实准确，并证明本人已披露关于本人财务状况的所有事实。本人理解并承认，如在此申请表中提交任何虚假信息或未能配合相关工作，以使本人享有其他计划（可承保本人护理费用的其他计划，例如 Medicaid、人身伤害索赔、工伤补偿保险、未保险驾驶人等）的资格，则可能导致拒绝本人享有经济援助计划的资格，并将由本人负责承担所提供之服务的费用。本人同意，允许被授权医院/服务提供商代表索取和审查本人的信用报告，并采取其他合理的步骤验证和核实此申请表中提供的所有信息。本人理解，若本人有资格享有的折扣低于 100%，则本人需负责支付账单的余下部分。

患者/责任方签名: _____ 日期: _____



缺少收入证明（仅在提交的申请表中呈零收入时填写）

本人目前失业，无收入来源。本人的生活费通过以下方式获得：

签名: _____ 日期: _____

仅供经济援助计划管理员填写

收入/受抚养人/费用核实	
核实的总收入（所有来源）	
核实的受抚养人总数	
核实的费用总额	

F.A.P. 所采用的方法资格认定（勾选所有适用项）	
<input checked="" type="checkbox"/>	经济情况调查
<input checked="" type="checkbox"/>	推定-推定类型：
<input checked="" type="checkbox"/>	浮动费率制

F.A.P. 资格认定过程中的其他注意事项	

F.A.P. 资格认定/状态	
<input type="checkbox"/> 已批准	折扣比例 %:
<input type="checkbox"/> 待定	原因:
<input type="checkbox"/> 已拒绝	原因:
完成评估和认定者：姓名： 电话：	

F.A.P. 认定通知	
通知申请者的日期：	
F.A.P. 申请者通知方法	
<input type="checkbox"/>	通过电话通知-接收通知者的姓名：
<input type="checkbox"/>	通过美国邮政寄送通知（通知函副本存档）
<input type="checkbox"/>	通过其他方法通知：请具体说明：
发送通知者：姓名： 电话：	

F.A.P. 账户处理			
账户号码	处理/调整的金额	账户号码	处理/调整的金额

日期:

处理/调整者: 姓名: 电话: