



患者朋友们:

## 申请说明

如果你们想要申请加入 Providence Health Services 的经济援助计划, 请填写附件申请表并寄给我们。若有任何疑问, 可致电 800-566-5050 咨询我们的经济援助计划代表。

## 资格要求

为获得经济援助资格, 请注意以下事项:

- 可能需要申请地方、州或联邦资助。
- **家庭收入情况必须经过验证。请提供家庭收入证明。(纳税申报表和/或最近的工资单) 如果您没有收入, 请说明您获得经济支持的方式。**
- 如有其他收入来源, 也请务必告知, 包括子女抚养费、赡养费、工人补偿补偿、公共援助、自由职业收入和失业收入。

## 经济援助不适用于:

- 个人开销, 如购置电视费用。
- 非必需医疗服务, 包括美容和不孕治疗。
- 在其他医疗保健网络中参保的服务。
- 非处方药品。

*经济援助的判定只适用于填写本申请表所针对的护理活动。*

请将填写好的申请表和文件寄到:

NRSC Financial Assistance Representative  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, Indiana 46290

请将填写好的申请表和文件传真到:

(317) 583-2753 接收方: NRSC Financial Assistance Representative

如有任何疑问, 请致电 800-566-5050 与我们的客户服务中心联系, 客户服务中心的工作时间是美国东部时间周一到周五上午 8:00 到下午 1:45, 下午 2:30 到下午 4:00。



经济援助申请

患者信息 (印刷版)

患者姓名:					出生日期	婚姻状况	性别	账号	电话号码
地址:		省	市	邮编	电子邮件地址				
社会保险号码:	单位				全职	兼职	每周工作时间		
单位地址:		省	市	邮编	电话号码				

责任方信息

姓名	出生日期	婚姻状况	性别	电话号码
同上				
地址	省份	邮编	电子邮件地址	
社会保险号码	单位	全职	兼职	每周工作时间 (小时)
单位地址	省	市	邮编	电话号码

责任方信息

配偶姓名	社会保险号码	出生日期
配偶单位:	地址: 省 市 邮编	电话号码

家属:

姓名	年龄	关系	姓名	年龄	关系

月总收入			月开销项目	开销	结余
申请人获得收入			抵押/租金		
申请人配偶收入			电费		
社会保障福利			煤气		
退休金/退休收入			电话费		
失业补偿			水费		
工人补偿			杂货		
利息/股息收入			有线电视费		
子女抚养费			车款		
赡养费			手机话费		
出租物业收入			日间护理		
食品救济券			儿童抚养费/赡养费		
其他			处方药		
其他			<b>信用卡:</b>		
<b>总收入:</b>			1.		
			2.		
			3		
<b>资产</b>			<b>其他医生/</b>		
手存现金			<b>医院账单:</b>		
储蓄账户					
支票帐户					
附带股息					
有价证券					
人寿保险					
其他房地产					
其他			<b>保险费用:</b>		
			1.汽车		
<b>车辆/品牌和型号:</b>	<b>年</b>	<b>价值</b>	2.财产		
			3.医疗/人寿		
			<b>其他贷款支付:</b>		
			1.		
			2.		
<b>财务结算:</b>			<b>每月其他开销:</b>		
人寿保险			费用		
遗产			人寿保险		
其他			3.		
<b>资产总值:</b>			<b>每月总开销:</b>		

**备注:** \_\_\_\_\_

特此证明：据本人所知，以上信息真实且完整。如果医院认为有必要，我授权医院从外部信用报告机构获得信息。

日期

版本号 6/13/16

患者、患者配偶、患者担保人 or 法定代理人签名

第 3 页

**PROVIDENCE HEALTH SERVICES 经济援助申请表**

**证明**

据本人所知，我的所有陈述都是真实的，而且我已披露了自己的所有财务情况。特在此申请表上签名，以示证明。本人明白并承认：申请中如有任何财务失实的陈述，或者未能配合相关工作使本人有资格参与相应的计划来支付医疗费用（例如医疗补助、人身伤害索赔和工人赔偿），都会使任何经济援助款项无效，并且我将对所提供的服务承担经济责任。我同意允许 Providence Health Services 或其代表请求和审查我的信用报告，并采取其他合理的步骤来验证所提供的信息。

我明白，如果我只有获得部分经济援助的资格，我将负责支付我账单的剩余部分。

**关于总收入（税前和预扣税）的声明**

我的家庭年收入总额（加上病人和配偶其他方面的每年收入，将总数填在下面）：

---

**关于缺乏收入的声明**

简要描述您的经济状况和生活状况、您为什么需要经济援助与您的医疗帐单。

---

---

---

---

---

---

---

**请在下面签名：**

---

患者/监护人

（日期）