



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

尊敬的患者/申请人：

Ascension 以慈悲为怀，致力于为所有人（特别是最需要帮助的人）提供个性化的护理。为患者提供经济援助是我们的使命和特权。经济援助仅适用于急救及其他医学必要护理。感谢您信任我们，托付我们护理您和您的家人，满足您所有的医疗保健需求。

我们发送本函并附上经济援助申请表是因为收到了您的请求。如果您没有提出过此请求，请忽略。请完成两面，包括您的签名和日期，然后再寄回给我们。如果您在过去六个月内已经完成申请并且获得了经济援助批准，请通知我们。您可能无需完成新的申请。我们不会考虑六个月以前的申请。

请随申请提供至少一份下列项目的副本，作为收入证明。如果您已婚或者与重要他人在一起住了 6 个月或以上，则还需要提供至少一份下列项目的副本作为他们的收入证明，然后才会受理您的申请。

- 雇主最近 3 次工资存根的副本
- 最近年度纳税申报单（如果是自雇，则包括所有纳税时间表）或未申报证明的副本 ([www.irs.gov/form 4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- 社会保障和/或养老金/退休金授予书
- 家长或监护人最近的年度纳税申报单（如果申请人是其纳税申报表上所列的家属并且未满 25 岁）
- 其他收入验证文件
- 最近 3 个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您获得来自家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住家中，请让他们填写随附的标记为“支持信”的表格并提供其身份证复印件。这不会造成他们对您的医疗账单负责，只是帮助证明您负担生活开支的能力。如果您没有从家人和朋友获得援助，则无需填写“支持信”表格。

最后，另请提供您未清偿的每月医疗和药房/药品费用的证明文件。

请知晓，我们必须收到完整的申请书和收入证明，才会考虑您的申请。我们无法处理也不会考虑不完整的申请。

请记住，通过网络电子邮件进行的通信不一定安全。您包含在电子邮件中的信息可能被预定收件人以外的第三方拦截和读取，虽然这种可能性不大，但还是存在。

我们希望保护您的个人信息，确保其安全。由于申请中包含您的社会保障号码及其他私人信息，因此提醒您不要用电子邮件发送。

请将完成的申请书打印出来，邮寄或亲手提交到以下地址之一：

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM  
1 SHIRCLIFF WAY  
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE  
HOPE PROGRAM  
4201 BELFORT RD  
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY COUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS  
HOPE PROGRAM  
205 TRINITY WAY  
ST. JOHNS FL 32259**

如果对此申请有任何疑问，请致电我们的一位患者代表，电话是 (904)308-1956。

此致，

Ascension St. Vincent's  
患者财务服务部



## 健康外展患者资格 (H.O.P.E)

### 经济援助附加筛选问题

您是否有健康保险?	是否	保险公司名称和 会员 ID _____
您是否未满 21 岁或已年满 65 岁?	是否	未满 21 岁      年满 65 岁
您家里是否有未成年孩子?	是否	
您是否有身孕?	是否	
您是否已被社会保障局认定为残障人士 或者有 待处理的残障申请?	是否	残障 待处理: 什么时候申请的?
您的美国公民身份是什么? <i>请注意: 此问题 仅用于急救医疗补助 资格认定</i>	是否	美国公民      难民 绿卡      签证 (工作或访客)

### 请说明您申请经济援助/HOPE 的原因

- 由于急诊室就诊/住院/定期护理, 我有未清偿的医疗费用 (圈选一个或多个答案)
- 其他 (请简要说明) \_\_\_\_\_

### 申请处理时间

- 可能需要最多 45 天的时间, 但我们的财务顾问正在努力工作, 以尽快处理您的申请。
- 为了帮助我们的财务顾问完成此过程, 请确保提交完整并签名的申请以及所有必需的文件, 以免延误您的申请处理。



健康外展患者资格 (H.O.P.E)

## 经济援助申请详细说明

- 经济援助申请表  
请填写所有适用字段，签名并注明日期
- 经济援助筛选问题  
请圈选“是”或“否”，并在需要时提供其他信息
- 支持信  
如适用，请填写
- 无家可归者证明表  
如适用，请完整填写
- 财务信息发布，表格 2613（仅限佛罗里达州居民）  
此表格用于 DCF（儿童和家庭部）的医疗补助资格认定，如果您认为自己符合资格，请填写。  
签名行必须包括患者和配偶的签名（如适用）。
- 委任指定代表，表格 2505（仅限佛罗里达州居民），在客户签名行  
签名并注明日期。  
此表格用于医疗补助资格认定。它允许我们完成您的医疗补助申请并跟进您的医疗补助案例。请勿输入代表的姓名。
- 附件 C（仅限佐治亚州居民）  
在 10. 下签名，在 11. 下注明日期
- R1 患者代表授权书签名和日期。
- R1 讨论医疗保险授权书  
如适用，请填写所需信息。



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E.)

患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的任何单个行不适合您, 请注明N/A)

日期 账号 姓名(名字和姓氏) 出生日期 婚姻状况 电话号码 邮寄地址 城市 州 邮政编码 社会保障号码(可选) 雇主 就业状况 每周工作时数 雇主电话号码

责任方的信息/法律监护人信息

(如果上述患者与责任方是同一人, 则将此部分留空。)

姓名(名字和姓氏) 出生日期 婚姻状况 电话号码 邮寄地址 城市 州 邮政编码 社会保障号码(可选) 雇主 就业状况 每周工作时数 雇主电话号码

责任方配偶信息

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名(名字和姓氏) 出生日期 婚姻状况 电话号码 邮寄地址 城市 州 邮政编码 社会保障号码(可选) 雇主 就业状况 每周工作时数 雇主电话号码

责任方的家属

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名 出生日期 与 责任方的关系 姓名 出生日期 与 责任方的关系

住在家里的成人和儿童人数 \_\_\_\_\_

## 每月收入

(为下面列出的每一项填写美元。提供每个人每月的金额。)

申请人劳动收入 \_\_\_\_\_  
申请人配偶的收入 \_\_\_\_\_  
社会保障福利 \_\_\_\_\_  
养老金/退休金收入 \_\_\_\_\_  
残疾保障收入 \_\_\_\_\_  
失业救济金 \_\_\_\_\_  
工伤赔偿金 \_\_\_\_\_  
利息/股息收入 \_\_\_\_\_

获得的子女抚养费 \_\_\_\_\_  
获得的赡养费 \_\_\_\_\_  
物业出租收入 \_\_\_\_\_  
食品救济券 获得的信托基金分红 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
每月总收入 (美元) \_\_\_\_\_

## 每月生活开支

按揭贷款/房租 \_\_\_\_\_  
公用事业费用 \_\_\_\_\_  
电话 (固话) \_\_\_\_\_  
手机 \_\_\_\_\_  
日杂/食品 \_\_\_\_\_  
有线电视/网络/卫星电视 \_\_\_\_\_  
汽车贷款 \_\_\_\_\_  
子女看护 \_\_\_\_\_

子女抚养/赡养费 \_\_\_\_\_  
信用卡 \_\_\_\_\_  
医生/医院账单 \_\_\_\_\_  
汽车保险 \_\_\_\_\_  
房屋/财产保险 \_\_\_\_\_  
医疗/健康保险 \_\_\_\_\_  
人寿保险 \_\_\_\_\_  
其他每月开支 \_\_\_\_\_  
每月总开支 \$ \_\_\_\_\_

## 资产

现金/储蓄/支票账户 \_\_\_\_\_  
股票/债券/投资/定期存单 \_\_\_\_\_  
其他房产/第二住宅 \_\_\_\_\_  
船/房车/摩托车/休闲车 \_\_\_\_\_  
收藏汽车/非必需汽车 \_\_\_\_\_  
其他资产 \_\_\_\_\_

本人特此证明, 上述信息为据我所知的真实且完整的信息。我特此授权医院可从外部信用报告机构获取信息, 前提是医院认为有必要。

申请人签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

备注 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

# 支持信

患者病历号/账号 \_\_\_\_\_

支持者姓名 \_\_\_\_\_

与患者/申请人的关系 \_\_\_\_\_

支持者地址 \_\_\_\_\_

致 Ascension:

本函旨在告知（患者姓名）\_\_\_\_\_几乎没有收入，  
是我在帮助他/她维持生活开支。他/她对我基本上没有义务。

在此声明上签名即表示我同意提供的信息就我所知真实无误。

支持者签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_





Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

无家可归者证明表

患者姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

社会保障号码后 4 位: \_\_\_\_\_ 社会保障号码已核实 (是/否): \_\_\_\_\_

我目前是一个无家可归的人, 有人允许我在以下地址接收邮件:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

我每月收到金额为 \_ 美元的食品救济券。

我处于失业状态, 最近 \_ 个月没有收入。

**患者**

本人特此证明, 我对上述适用声明的回答是真实、完整和准确的。签署本证明, 即表示您证明自己已阅读本证明, 或者有人向您阅读了本证明并应用了有效的合法签名。

\_\_\_\_\_  
患者签名 日期 电话号码

**房主/承租人**

请让允许您接收邮件的房主/承租人填写此部分:

本人特此证明, \_ 目前无家可归, 可以在上面列出的我的家庭住址接收邮件。

\_\_\_\_\_  
居民签名 日期 电话号码



佛罗里达州  
Estado De La Florida

儿童和家庭部  
Departamento de Niños y Familias

财务信息发布  
Autorización Para Informe Económico

日期 (Fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
案例编号或服务编号  
(Número del Caso o Número de ACCESS)

敬启者:  
(A Quien Pueda Interesar):

本人特此许可并授权任何银行、建筑协会、雇主、保险公司、房地产公司、政府机构或任何类型或性质的金融机构，在下列时间段内，向儿童和家庭部的任何代理人披露有关我的银行账户、收入、保险单、财产或福利的全部信息。

*(Par la presente autorizo a cualquier banco, compañía de construcción, compañía de seguros, compañía de bienes raíces, agencia de gobierno o institución financiera que a sí lo solicite, a suministrar información sobre mis cuentas bancarias, ingresos, pólizas de seguro, propiedades o beneficios, por el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

本发布的有效期为从 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

*(Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.)*

签名: \_\_\_\_\_  
(Firma(s))

账户名: \_\_\_\_\_  
(Nombre(s) en la Cuenta)

\_\_\_\_\_  
ESS 专家签名

\_\_\_\_\_  
日期



明确

## 委任指定代表

案例编号 \_\_\_\_\_

客户姓名 \_\_\_\_\_

### 由客户填写

我希望由 \_\_\_\_\_ 代表我处理我的  
代表姓名

儿童和家庭部公共援助资格认定事宜。

客户签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

### 由代表填写

我明白，接受此委任即表示我有责任提供或协助提供必要的信息，以确定此人是否有资格获得援助。我明白，如果我隐瞒信息或故意提供虚假信息，我可能会受到伪证和/或欺诈指控。

代表签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

与客户的关系 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_

州 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

### 代表自我委任

我代表 \_\_\_\_\_ 提供其援助资格认定所需的信息，因为他/她没有民事行为能力。我将尽我所知提供信息。我明白，如果我隐瞒信息或故意提供虚假信息，我可能会受到伪证和/或欺诈指控。我同意，在知晓其情况的任何变化后立即报告。

代表签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

与客户的关系 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_

州 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

## 您可以选择授权代表协助

### 完成本申请。

您可以授权您信赖的人与我们讨论本申请，查看您的信息，并代表您处理与本申请相关的事宜，包括获取有关申请的信息和代表您签署申请。

这个人被称为“授权代表”。如果您需要更换授权代表，请致电 1-877-423-4746 联系家庭和儿童服务司 (DFCS)。如果您是本申请中某人的合法委任代表，请随本申请提交相关证明文件。

1. 授权代表的姓名（名字、中间名、姓氏）		
2. 地址		3. 公寓或套房号
4. 城市	5. 州	6. 邮政编码
7. 电话号码 ( ) -		
8. 组织名称		9. 身份证号（如适用）
<p>签名即表示您允许此人签署您的申请，获取有关本申请的正式信息，并代表您处理与本机构相关的所有未来事宜。</p>		
10. 您的签名		11. 日期（月/日/年）

### 仅适用于经过认证的申请顾问、辅导员、代理人和经纪人。

如果您是经认证可以代他人填写此类申请的申请顾问、辅导员、代理人和经纪人，请填写此部分。

1. 申请开始日期（月/日/年）	
2. 名字、中间名、姓氏和后缀	
3. 组织名称	4. 身份证号（如适用）



**需要与申请相关的帮助？** 请访问 [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov)，或致电 1-877-423-4746 联系我们。Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. 如果您需要非英语帮助，请致电 1-877-423-4746，告诉客户服务代表您需要哪种语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户应致电 1-800-255-0135。

表格 94a 附录 C (1/14)



## 患者代表授权书

授权人：（客户姓名） \_\_\_\_\_

我在此指定并委任 R1 Care Coverage、其代理人和员工（统称为“代表”），在任何医疗机构、金融机构、人寿保险公司、就业地点、县/州公共服务部门、社会保障管理局、精神卫生机构和退伍军人管理局，代表我处理与旨在获得或修改我和/或我家庭的医疗保健福利相关的任何事宜。

我明确同意，向我的代表披露和发布由这些实体保管的与我和/或我家庭有关的以下信息：所有医院记录、医疗和精神病学报告（如适用，包括与药物、酒精和 HIV/AIDS 有关的报告）、所有财务信息（包括银行对账单、人寿保险单和就业/工资单据）以及所有其他文件和信息。

我明白，检索到的某些记录可能包括有关药物滥用、精神健康和 HIV 状况信息，以及有关其他传染病感染的信息。根据所有州和联邦法律以及 2002 年 8 月 14 日修订的 HIPAA 隐私条例，其中某些信息必须予以保密。我证明，我收到了法律要求的 R1 隐私政策声明的副本。

我特此放弃任何保密要求，R1 Care Coverage 的代表应自行评估具体做法，并且仅将此类信息披露给与我的案例直接相关的其他人。检索或披露信息的持续时间不应超过获取及披露该信息的合理时长。

社会保障数据：我还向 R1 Care Coverage 授权并转让我享有的从社会保障管理局和/或法律顾问处收集信息的权利，以便验证我和我的任何家庭成员收到的与本案例有关的任何家庭成员信息或获取此类信息。

	姓名（打印）	签名	日期
--	--------	----	----

\_\_\_\_\_ 街道地址

城市	州	邮编	电话
----	---	----	----

Ascension St. Vincent's  
住院/入院日期

\_\_\_\_\_ 证人签名（如果患者无法签名）

\_\_\_\_\_ 医疗保险代表

\_\_\_\_\_ 账号

修订日期：2017 年 2 月



说明：请另外提供两个联系人，以便 R1 RCM Inc. 可以代表您就您的健康保险/Medicaid/Medicare 案例与之交谈。

讨论医疗保险授权书

我特此授权 R1 RCM Inc. 向下列人员使用或披露与我的医疗保险相关的信息。此授权将一直有效，直到医疗保险获得批准、最终确定我不符合任何医疗保险的资格或者我向 R1 RCM Inc. 发出书面通知撤销此授权。

姓名： \_\_\_\_\_

与患者的关系： \_\_\_\_\_

电话： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

与患者的关系： \_\_\_\_\_

电话： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
患者姓名（打印）

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
授权人（如果不是患者）

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
街道地址

\_\_\_\_\_  
城市

\_\_\_\_\_  
州

\_\_\_\_\_  
邮编

\_\_\_\_\_  
电话

\_\_\_\_\_  
Ascension St. Vincent's

\_\_\_\_\_  
住院/入院日期

\_\_\_\_\_  
证人签名（如果患者无法签名）

\_\_\_\_\_  
R1 RCM, Inc. 代表

修订日期：2017年2月