



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

尊敬的患者/申請人，

Ascension 係出於同情心，致力於為所有人（尤其是最需要協助的人）提供個人化護理。為患者提供經濟援助是我們的使命及特權。經濟援助僅適用於急救及其他醫學必要護理。感謝您信任我們照顧您及您家人的所有醫療護理需求。

我們收到您的申請，因此我們傳送這封信及隨附經濟援助申請書。如果您沒有要求，請忽略。請填寫表格的兩面，並在寄回前加上您的簽名及日期。如果您在過去六個月內完成了申請並獲得經濟援助，請通知我們。您可能不需要完成新的申請。我們不會考慮超過六個月以前的申請。

隨附申請，請提供至少一份以下一項以作為您的收入證明。如果您已婚或與其他重要伴侶生活了 6 個月或更長時間，則在處理申請之前，他們還需要提供以下至少一項的副本作為其收入的證明。

- 來自雇主的最近 3 張工資單副本
- 最近年度納稅申報表的副本（如果是自僱人士，請包含所有期間）（[www.irs.gov/form4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T)）
- 社會保險及/或養老金退休裁定書
- 父母或監護人的最近年度納稅申報表（如果申請人是納稅表中所列且年齡在 25 歲以下的受撫養人）
- 其他收入確認文件
- 最近 3 個月的銀行對帳單副本
- 失業救濟金收據副本

如果您獲得來自家人或朋友的援助，或與家人或朋友同住家中，請讓他們填寫隨附的標記為「支援信」的表格並附上其有照證件的副本。此表格不會讓他們對您的醫療帳單負責。這將有助於證明您負擔生活費用的能力。如果您沒有接受家人及朋友的援助，則無需填寫《支援信》的表格。

最後，還請提供文件，以證明您尚未支付的每月醫藥費及藥房/藥品費用。

請注意，必須收到完整的申請以及收入證明，才能考慮該申請。我們無法處理或考慮不完整的申請。

請記住，經由電子郵件在網際網路進行的通信並不安全。儘管可能性不大，但您包含在電子郵件中的資訊可能會被收件人以外的其他人截獲並閱讀。

我們希望保護您的個人資訊並確保其安全。由於該申請包含您的社會保險號碼及其他私人資訊，因此我們建議您不要透過電子郵件傳送該資訊。

請列印並郵寄或親自將完整的申請表傳送到以下地址：

**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**

如果您對此申請有任何疑問，請致電 (904)308-1956 與我們的一位患者代表聯絡。

此致，

Ascension St. Vincent

患者財務服務部



## 健康推廣計畫患者資格 (H.O.P.E)

### 經濟援助其他篩選問題

您是否有健康保險？ 是 否 保險公司名稱及  
會員帳號\_\_\_\_\_

您是否為 21 歲以下或 65 歲以上之人士？ 是 否 21 歲以下 65 歲以上

您家中是否有未成年子女？ 是 否

您是否懷孕？ 是 否

您否被社會安全局認定為殘障人士或是否有殘障案件待處理中？ 是 否 殘障人士  
待處理：您是何時提出申請的？

您的美國公民身份是什麼？請注意：僅出於確認 *Emergency Medicaid* 資格的情況下訊問該問題 是 否 美國公民 難民  
綠卡 簽證（工作簽證或停留簽證）

請具體說明您申請經濟援助/HOPE 的原因：

我因急診/住院/定期護理（請圈選一個或多個答案）尚有未支付的醫療帳單

其 他 （ 請 提 供 簡 要 說 明 ）

#### 申請處理時間

- 可能需要 45 天，但我們的金融諮詢顧問正在努力盡快處理您的申請。
- 為幫助我們的金融諮詢顧問進行處理，請確保您提交填寫完整且簽名的申請書以及所有必要文件，以避免延誤您的申請程序。



健康推廣計畫患者資格 (H.O.P.E)

## 經濟援助申請詳細說明

- 經濟援助申請表  
請填寫所有適用的欄位、簽名並標註日期
- 經濟援助篩選問題  
請圈選是或否並在需要時提供其他資訊
- 支援信  
如適用，請進行填寫
- 無家可歸者證明書  
如適用，請完整填寫
- 財務資訊公開授權書，表格 2613（僅適用於佛羅里達州居民）  
如果您符合資格，此表格將被 DCF（兒童與家庭部門）用於 Medicaid 資格之認定。  
簽名處必須包括患者與配偶的簽名（如適用）
- 指定代表委任書，表格 2505（僅適用於佛羅里達州居民）在客戶簽名處簽名並標註日期。  
此表格將被用於 Medicaid 資格之認定。我們可以此完成您的 Medicaid 申請並追蹤您的 Medicaid 案件。請勿填入代表的姓名。
- 附件 C（僅適用於喬治亞州居民）  
請於第 10 點下方簽名，並於第 11 點下方填寫日期。
- R1 患者代表授權書 簽名並填寫日期。
- R1 醫療保險討論授權書  
如適用，請填寫所需資訊

# 經濟援助申請表



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

## 患者資訊

(請以印刷體書寫，並且所有欄位都必須填寫。在不適用的任何個別行，則填入 N/A)

日期\_\_\_\_\_帳戶號碼\_\_\_\_\_

姓名(名字及姓氏)\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_婚姻狀況\_\_\_\_\_電話號碼\_\_\_\_\_

郵寄地址\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_郵遞區號\_\_\_\_\_

社會保險號碼(選填)\_\_\_\_\_

雇主\_\_\_\_\_就業狀況\_\_\_\_\_

每週工作時數\_\_\_\_\_雇主電話號碼\_\_\_\_\_

## 責任方資訊/法律監護人資訊

(如果以上患者與負責方相同，則將此部分留空。)

姓名(名字及姓氏)\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_婚姻狀況\_\_\_\_\_電話號碼\_\_\_\_\_

郵寄地址\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_郵遞區號\_\_\_\_\_

社會保險號碼(選填)\_\_\_\_\_

雇主\_\_\_\_\_就業狀況\_\_\_\_\_

每週工作時數\_\_\_\_\_雇主電話號碼\_\_\_\_\_

## 責任方配偶資訊

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名(名字及姓氏)\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_婚姻狀況\_\_\_\_\_電話號碼\_\_\_\_\_

郵寄地址\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_郵遞區號\_\_\_\_\_

社會保險號碼(選填)\_\_\_\_\_

雇主\_\_\_\_\_就業狀況\_\_\_\_\_

每週工作時數\_\_\_\_\_雇主電話號碼\_\_\_\_\_

## 責任方的家屬

(如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。)

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_與責任方的關係\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_與責任方的關係\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_與責任方的關係\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_與責任方的關係\_\_\_\_\_

居住在家庭中的成人及兒童人數\_\_\_\_\_

## 月收入

(為以下列出的每個項目填入美元金額。提供每月金額。)

申請人的收入	收到的子女撫養費
申請人配偶的收入	收到的贍養費
社會保險福利	出租不動產收入
退休金 / 退休收入	食物
殘障收入	收到的信託基金配息
失業救濟金	其他收入
工人補償金	其他收入
利息 / 股息收入	每月總收入總額 \$

## 每月生活開支

抵押 / 租金	兒童撫養費 / 贍養費
公用支出	信用卡
電話 (室內)	醫師 / 醫院帳單
手機	汽車 / 汽車保險
雜貨 / 食品	房屋 / 不動產保險
有線 / 網路 / 衛星電視	醫療 / 健康保險
汽車支出	人壽保險
育兒	其他每月支出
	每月總支出 \$

## 資產

現金/儲蓄/支票帳戶 \_\_\_\_\_  
股票/債券/投資/存託憑證 \_\_\_\_\_  
其他房地產/第二住所 \_\_\_\_\_  
船舶/房車/摩托車/休旅車 \_\_\_\_\_  
收藏車/非必要汽車 \_\_\_\_\_

其他資產 \_\_\_\_\_

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。本人特此授權醫院可從外部信用報告機構獲得資訊，前提是醫院認為有必要。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

註解 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

# 支援信

患者病歷號/帳號 \_\_\_\_\_

支援者姓名 \_\_\_\_\_

與患者/申請人的關係 \_\_\_\_\_

支援者地址 \_\_\_\_\_

致 Ascension:

此信函告知您（患者姓名）\_\_\_\_\_收入很少甚至沒有，我正協助他/她的生活費用。他/她對我有很少或沒有義務。

透過簽署本聲明，我同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_





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

無家可歸者證明書

患者姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

社會安全號碼 (SNN) 後 4 碼: \_\_\_\_\_ 驗證的 SNN (是/否): \_\_\_\_\_

本人目前為無家可歸者且被允許在以下地址收取郵件:

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

本人每個月領取金額 \$ \_\_\_\_\_ 的食物券。

本人為失業狀態，過去 \_\_\_\_\_ 月以來都沒有收入。

患者

本人特此保證對於前述適用之陳述的回答均為真實、完整無誤。簽署此證明書，即證明您已閱讀本證明書或您已了解此文件的內容並給予有效的合法簽名。

\_\_\_\_\_  
患者簽名日期電話號碼

屋主/房東

請讓允許您收取郵件的屋主/房東填寫此部分:

本人 \_\_\_\_\_ 證明 \_\_\_\_\_ 目前為無家可歸者且  
同意其於上列之本人住家地址收取郵件。

\_\_\_\_\_  
居住者簽名日期電話號碼



佛羅里達州  
*Estado De La Florida*

兒童與家庭部門  
*Departamento de Niños y Familias*

財務資訊公開授權書  
*Autorización Para Informe Económico*

日期 (Fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

案件號碼或存取號碼  
(*Numero def Caso o Numero de ACCESS*)

敬啟者：  
(*A Quien Pueda Interesar*):

本人特此同意並授權任何銀行、建築協會、雇主、保險公司、房地產公司、政府機構或任何類型或性質的金融機構於下列時期向兒童與家庭部門的任何代理披露有關本人的銀行帳戶、收入、保險單、財產或福利的完整資訊。

*(Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafiia de construcci6n, compafiia de seguros, compafiia de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sobre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

此份公開授權書有效期自\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_

*(Esta autorizaci6n es valida desde\_\_\_\_\_hasta\_\_\_\_\_.)*

簽名：  
(Firma(s)) \_\_\_\_\_

帳戶名稱：  
(Nombre(s) en la Cuenta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ESS 專家簽名

\_\_\_\_\_  
日期



澄清

## 指定代表委任書

案件號碼

客戶姓名

### 由客戶填寫

我希望  
由

代表我確定我有資格獲得兒童與家庭部門的經濟援助。

代表姓名

客戶簽名

日期

### 由代表填寫

本人了解在接受此委任後，本人有責任提供或協助提供確定該人士有資格獲得援助之所需資訊。本人了解如果本人隱瞞資訊或故意提供錯誤資訊，可能因偽證及/或欺詐而遭受起訴。

代表簽名

日期

與客戶的關係

街道 地址

城市

州

電話號碼

### 代表自行委任

本人代表\_\_\_\_\_提供資訊以確立取得援助的資格，由於他/她無法執行此事，因此由本人代表執行。本人將盡其所知提供資訊。本人了解如果隱瞞資訊或故意提供錯誤資訊，可能因偽證罪及/或欺詐罪而遭受起訴。本人同意如果發現其情況有任何變化則立即進行舉報。

代表簽名

日期

與客戶的關係

街道 地址

城市

州

電話號碼



## 協助完成此項申請

您可以選擇一位授權代表。

您可以允許一位您信任的人與我們討論此項申請、查看您的資訊，以及代表您處理與此項申請相關的事務，包括取得有關您的申請資訊及代表您進行申請簽署。

此人稱為「授權代表」。如果您需要更換授權代表，請致電 1-877-423-4746 與家庭與兒童服務部 (DFCS) 聯絡。如果您是此項申請中某人的法定代表，請在提交申請時隨附證明。

1. 授權代表的姓名（名字、中間名、姓氏）

2. 地址		3. 公寓或套房號碼
4. 城市	5. 州	6. 郵遞區號
7. 電話號碼 (        )        -		
8. 組織名稱		9. 身份證號碼（如適用）

簽名後則表示您允許此人為您進行申請簽署、取得關於此項申請的正式資訊，以及代表您處理與此機構有關的所有未來事務。

10. 您的簽名	11. 日期（年/月/日）
----------	---------------

### 僅供認證的申請諮詢顧問、指導人員、代理及經紀人使用。

如果您代表他人填寫此份申請表之認證的申請諮詢顧問、指導人員、代理及經紀人，請填寫此部分。

1. 申請起始日期（年/月/日）	
2. 名字、中間名、姓氏及後綴	
3. 組織名稱	4. 身份證號碼（如適用）



**需要申請上的協助嗎？** 請瀏覽 [Compass.ga.gov](http://Compass.ga.gov) 或致電 1-877-423-4746 與我們聯絡。 Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. 如果您需要英語以外的語言幫助，請致電 1-877-423-4746 並告知客戶服務代表您需要的語言服務。我們將免費為您提供幫助。聽障人士請撥打 1-800-255-0135 聽障服務專線。



## 患者代表授權書

授 權 者 : ( 客 戶 姓 名 )

本人特此指定並委任 **R1 Care Coverage**，其代理及員工（統稱為「代表」）代表本人並在任何醫療機構、金融機構、人壽保險公司、工作地點，郡/州人群服務部、社會安全局，心理衛生機構和退伍軍人管理局前代表我確保或修改我及/或我的家人的醫療保健福利的潛在責任。

本人明確同意向本人的代表披露並公開所有病歷、醫療和精神病學報告（包括有關藥物、酒精和人類免疫缺乏病毒/愛滋病的報告（如適用））、所有財務資訊（包括銀行對帳單、人壽保險單和工作/薪資證明文件）以及所有其他由這些實體保管的與我及/或我的家人有關的文件及資訊。

本人了解所取得之部份紀錄可能包括藥物濫用、心理衛生以及與其他傳染病感染有關的人類免疫缺乏病毒狀況之資訊。根據所有按 2002 年 8 月 14 日修訂的 HIPAA 隱私權法規規定的州及聯邦法律，其中部分資訊必須予以保密。本人證明已收到法律要求的 R1 隱私政策聲明副本。

本人特此免除 R1 的 **Care Coverage** 評估的任何保密要求，並僅向與我的案件有直接關係的其他人披露此資訊。資訊取得或披露的時間不得超過取得該項資訊及其披露的合理時間。

社會安全資料：本人同時授權並授予 R1 的 **Care Coverage** 向社會安全局及/或法律顧問收集資訊的權利，以確認或取得我及我的任何家人收到與我的案件有關的任何家人資訊。

姓名（印刷體）

簽名

日期

街道 地址

城市

州

郵遞區號

電話

Ascension St. Vincent's

醫院 / 入院日期

見證人簽名（如患者無法進行簽署）

**Care Coverage** 代表

帳號



說明：請提供兩名可代表您與 R1 RCM Inc. 討論有關您的健康保險/Medicaid/Medicare 案件的聯絡人：

醫療保險討論授權書

本人特此授權 R1 RCM Inc. 與以下所列之個人共同使用或披露本人醫療保險有關的資訊。此項授權直至醫療保險被核准、最終確定本人不符合任何醫療保險的資格，或本人透過向 R1 RCM In 提供書面撤回此項授權之前都將持續有效。

姓名：\_\_\_\_\_

與患者的關係：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

與患者的關係：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

_____	_____	_____
患者姓名（印刷體）	簽名	日期

_____	_____	_____
除了患者以外的授權人	簽名	日期

\_\_\_\_\_

街道 地址

_____	_____	_____	_____
城市	州	郵遞區號	電話

_____	_____
Ascension St. Vincent's 醫院 / 入院日期	見證人簽名（如患者無法進行簽署）

\_\_\_\_\_

**R1 RCM, Inc. 代表**