

# 財務援助申請表



**重要資訊：**您可能獲得免費或折扣的護理：完成此申請將協助 AMITA Health 確定您是否可以接受 免費或折扣服務，或其他有助於支付醫療費用的公共計畫。請將此申請提交至信件首頁中列出的地址。

如果您沒有保險，則無需社會安全碼即可獲得免費或折扣的護理。但是，某些公共計畫（包括 Medicaid）需要提供社會安全碼。不需要提供社會安全碼，但可以協助 AMITA Health 確定您是否符合任何公共計畫的資格。對於任何標記為「自選項」的申請問題，您的回答（或不回答）不會對申請結果產生任何影響。

請填寫此表格，然後親自或透過郵件、電子郵件或傳真將其提交給 AMITA Health，以在服務日期後儘快申請免費或折扣護理。在您收到第一份帳單後，我們最長將在 240 天內接受您的申請。透過提交申請，您承認您已做出誠摯的努力在申請中提供所有請求的資訊，以協助 AMITA Health 確定患者是否有資格獲得經濟援助。如果您對申請流程有任何疑問，您可以聯絡 AMITA Health 的財務諮詢部門，以提出問題或疑慮，電話是 888-693-2252。

針對未投保患者折扣申請流程或醫院財務援助流程提出的投訴或疑慮可能會提報給 Health Care Bureau of the Illinois Attorney General。Health Care Bureau 的免付費專線為 1-877-305-5145（TTY 1-800-964-3013）。

## 患者資訊

*（請以正楷書寫，並且所有欄位都必須填寫。在不適用的任何個別行，則填入不適用）*

日期 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_

姓名（全名） \_\_\_\_\_

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

**自選項- 性別認同**— 您認為自己的性別是： 男性  女性  跨性別男性/跨性別男人/女跨男（FTM）

跨性別女性/跨性別女人/男跨女（MTF）  性別酷兒/性別不符合，既不完全男性也不女性

其他性別類別（或其他）

**自選項- 性別認同：**您的出生證明上最初列出的性別為何？： 男性  女性

**自選項- 種族：** 白人  黑人或非裔美國人  美洲印第安人或阿拉斯加原住民  亞裔印度人  中國人  菲律賓人  日本人

韓國人  越南人  其它亞裔人  夏威夷原住民  關島人或查莫洛人  薩摩亞人  其他太平洋島民

**自選項- 民族：** 西班牙裔、拉丁裔/a，或西班牙血統  墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人/a  波多黎各人

古巴人  其他西班牙裔、拉丁裔/a 或西班牙裔

**自選項- 語言**—— 您在家是否說英語以外的語言？： 是  否

如果是，請問是哪種語言：\_\_\_\_\_

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

**自選項**—— 社會安全號碼 \_\_\_\_\_

僱主 \_\_\_\_\_ 就業狀態 \_\_\_\_\_

僱主電話號碼 \_\_\_\_\_

### 責任方資訊／法定監護人資訊

(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 \_\_\_\_\_

社會安全號碼 (自選項) \_\_\_\_\_

僱主 \_\_\_\_\_ 就業狀態 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

社會安全號碼 (自選項) \_\_\_\_\_

僱主 \_\_\_\_\_ 就業身份 \_\_\_\_\_

僱主電話號碼 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ 申請人  
配偶的收入 \_\_\_\_\_ 社會保  
險福利 \_\_\_\_\_ 退休金  
／退休收入 \_\_\_\_\_ 殘障收  
入 \_\_\_\_\_ 失業救  
濟金 \_\_\_\_\_ 工人補  
償金 \_\_\_\_\_ 利息／  
股息收入 \_\_\_\_\_

收到的子女撫養費 \_\_\_\_\_ 收到  
的贍養費 \_\_\_\_\_ 出租  
不動產收入 \_\_\_\_\_ 食物  
券 \_\_\_\_\_ 收到  
的信託基金配息 \_\_\_\_\_ 其他  
收入 \_\_\_\_\_ 每月  
總收入總額 \$ \_\_\_\_\_

## 每月生活開支

根據 AMITA Health 的財務援助政策，推定有資格獲得財務援助的患者無需填寫本部分。

房貸／房租 \_\_\_\_\_ 水電費  
\_\_\_\_\_ 電話 (\_\_\_\_\_  
室內) \_\_\_\_\_ 手機  
\_\_\_\_\_ 雜貨／  
食品 \_\_\_\_\_ 有線／  
網路／衛星電視 \_\_\_\_\_ 汽車貸  
款 \_\_\_\_\_ 育兒費  
用 \_\_\_\_\_

兒童撫養費／贍養費 \_\_\_\_\_ 信用  
卡 \_\_\_\_\_ 醫師  
／醫院帳單 \_\_\_\_\_ 汽車  
／汽車保險 \_\_\_\_\_ 房屋  
／不動產保險 \_\_\_\_\_ 醫療  
／健康保險 \_\_\_\_\_ 人壽  
保險 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
健康儲蓄／彈性支出帳戶 \_\_\_\_\_

我授權 AMITA 從外部信用報告機構獲得資訊。我證明，本申請中的資訊為據我所知的真實且正確的資訊。我將向任何州、聯邦或地方申請我可能有資格的援助以支付醫療費。我了解所提供的資訊可能會被 AMITA 確認，並且我授權 AMITA 與第三方聯絡以確認本申請中提供的資訊的準確性。我了解，如果我在此申請中有意提供不實資訊，則我將沒有資格獲得經濟援助，授予我的任何經濟援助都可能被撤消，而我將負責支付帳單。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

註解 \_\_\_\_\_



# 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 AMITA Health :

此信函為告知您（患者姓名） \_\_\_\_\_ 收入極微或我正協助他／她應付生活開支。他／她／他們對我擁有的義務極微。

本人簽署本聲明即表示同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

尊敬的患者／申請人，

AMITA Health 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。為患者提供財務援助是我們的使命及榮幸。經濟援助僅用於急診及其他醫療必需的護理。謝謝您信任我們，託付我們護理您和您的家人，滿足您所有的醫療保健需求。

我們已收到您的申請，因此我們寄送這封信及隨附財務援助申請書。如果您沒有作出以上要求，請忽略之。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。

除了申請書外，請就以下至少一項提供副本，以證明收入。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，請包含所有時期）
- 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。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，我們必須收到完整的申請以及收入證明才能審閱申請。我們無法處理或審閱不完整的申請書。

請記住，經由電子郵件在網際網路進行的通訊並不安全。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。

請列印並郵寄申請表至下列地址：

AMITA Health PFS  
收件人：Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

如果您對此申請有任何疑問，請致電 888-693-2252 與我們患者代表之一聯絡。

此致，

患者財務服務部  
AMITA Health