

CHI Health Mercy Corning
「經濟援助申請表」說明

這是 *CommonSpirit Health* (NHSC 認證機構) 的經濟援助申請表。

CommonSpirit Health 提供經濟援助給符合特定收入條件的民眾與家庭。即使您已有健康保險，也可能符合資格根據家庭人數和收入獲得免費照護或折扣照護。家庭收入低於聯邦貧窮標線標準 400% 的任何患者皆可獲得援助。聯邦貧窮標線標準的相關資訊請查閱 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

經濟援助涵蓋哪些項目? 醫院經濟援助涵蓋 *CommonSpirit Health* 根據您的資格提供的適當醫院服務。經濟援助可能未涵蓋所有醫療護理費用，包括其他機構提供的服務。

如果您在填寫此申請時有疑問或需要幫助：您可以出於任何原因獲得幫助，包括殘障及語言幫助，致電：844-286-5546

為了受理您的申請表，您必須：

- 提供家庭資訊
- 提供家庭每月總收入（稅前收入及扣除額）的資訊
- 提供家庭收入文件
- 視需要隨附額外資訊
- 在申請表上簽名並註明日期

請將已填妥的申請表及所有文件郵寄或傳真至：經濟援助中心，收件者：EES - 經濟援助中心，P.O.Box 660872.Dallas, TX 75266-0872 傳真：469-803-4627.請務必保存一份副本。

親自提交填妥的申請表至 CHI Health Mercy Corning, 603 Rosary Dr, Corning, IA 50841

我們將在收到填妥的經濟援助申請表（包括收入證明）後的 30 個日曆日內，通知您最終確定的資格與上訴權（若適用）。

提交經濟援助申請表即表示您同意我們進行必要調查，以確認財務責任及資訊。

我們很樂意提供協助。請及時提交申請表！
您可能在我們收到您的資訊之後才會收到帳單。

**CHI Health Mercy Corning
經濟援助申請表（NHSC 認證機構）－機密資訊**

請完整填寫所有資訊。若不適用，請寫「NA」。視需要附加頁面。

篩檢資訊

您需要譯者嗎？ 需要 不需要 若需要，請列出需要語言：

患者是否有接受國家公共補助，例如食品券與 WIC（婦女、嬰兒及兒童營養補助計畫）？ 是 否

患者的醫療護理需求是否與汽車意外或職業傷害相關？ 是 否

您接受治療的 CommonSpirit Health 醫院名單：

請注意

- 即使您提出申請，我們也無法保證您符合資格獲得經濟援助。
- 當您提出申請後，我們可能檢查所有資訊，並可能要求您提供更多資訊或收入證明。

患者及申請者資訊

患者名字	患者中間名	患者姓氏
出生日期	患者帳號：	主要聯絡電話 () _____ () _____
費用支付者	與患者的關係	出生日期
		電子郵件地址： _____
郵寄地址 _____		
城市	州	郵遞區號
費用支付者的就業狀態 <input type="checkbox"/> 就業中（就業日期：_____） <input type="checkbox"/> 失業（失業時間：_____） <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他（_____）		

家庭資訊

列出家庭成員，包括您自己。「家庭」包含兩個或兩個以上因出生、婚姻或領養而生活在一起的人員。如果患者可以在所得稅申報表中聲稱某人為受撫養人，則就本申請書而言，該人員即可認定為該患者的家庭成員。

家庭人數 _____

視需要附加頁面。

姓名	出生日期	與患者的關係	如果為 18 歲以上： 雇主名稱或收入來源	如果為 18 歲以上： 每月總收入（稅前）：	是否同時申請經濟援助？
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

必須呈報所有成年家庭成員的收入。包括收入來源，例如：

- 工資 - 失業 - 自僱 - 工人補償 - 殘障 - 社會安全生活補助金
- 子女/配偶撫養費 - 工作學習計畫（學生） - 養老金 - 退休收入
- 其他（請說明）：

CHI Health Mercy Corning
經濟援助申請表－機密資訊

收入資訊

提醒您：您的申請表必須包括收入證明。

您必須提供家庭收入資訊。必須驗證收入才能確定經濟援助。

所有 18 歲或以上的家庭成員都必須呈報其收入。請提供每項確定收入的來源證明。

收入證明的範例包括：

- 去年所得稅申報書，包括適用的時間表；或
- 「W-2」扣繳憑單；或
- 目前的薪資單（3 個月）；或
- 雇主或其他人簽署的書面聲明；或
- 批准／拒絕失業補償資格。

若您沒有收入證明或沒有收入，請附加簽署聲明頁面，說明您負擔基本生活費用（例如住屋、食物，與水電）的方式。

其他資訊

請另外附加一頁說明您希望我們了解有關您目前財務狀況的其他資訊，例如財務困難、過多的醫療費用、季節性或臨時收入或個人損失。

患者協議

本人了解，CommonSpirit Health 可能從其他來源取得資訊以驗證資訊，並藉其協助確定經濟援助或付款計畫的資格。

- 本人證明，據我所知，我提供的資訊真實且準確。
- 本人了解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所需的資訊，我的申請表可能會被拒絕。
- 本人了解，我提交的資訊須接受 CommonSpirit Health 的驗證
- 本人了解，可能還需要更多資訊才能獲得援助。

如果您從保險公司、工人賠償計畫或任何其他第三方收到付款，則您同意通知醫院此類付款。如果第三方向您支付醫院服務費用，則醫院保留收取原始、全額帳單費用的權利。

申請人簽名 _____

日期 _____