



## CHI LakeWood Health

### 經濟援助申請表說明

這是在 CommonSpirit Health 機構的經濟援助申請表。

**CommonSpirit Health** 向滿足某些收入要求的人和家庭提供經濟援助。即使您有健康保險，您也可以根據家庭人數和收入有資格獲得免費照護或折扣照護。家庭收入低於聯邦貧困水平指引的 400% 的任何患者均應獲得援助。 聯邦貧困水平指南的相關資訊詳見 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

**經濟援助涵蓋什麼？**醫院的經濟援助涵蓋 CommonSpirit Health 根據您的資格而提供的適當、基於醫院的服務。經濟援助可能無法涵蓋所有醫療保健費用，包括其他組織提供的服務。

**如果您在填寫此申請時有疑問或需要幫助：**您可以基於任何原因（包括殘疾和語言幫助）獲得幫助：844-286-5546

**為了處理您的申請，您必須：**

- 向我們提供有關您家庭的資訊**
- 向我們提供有關您家庭每月總收入（扣除稅收和扣除額前的收入）的資訊**
- 提供家庭收入證明文件**
- 提供家庭資產證明文件**
- 如有需要，請附上其他資訊**
- 在表格上簽名並註明日期**

**注意：您無需提供社會安全號碼即可申請經濟援助。**如果您向我們提供您的社會安全號碼，將有助於加快您的申請處理速度。社會安全號碼用於驗證提供給我們的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請註明「不適用」( NA )。

**請將已填妥的申請表及所有文件郵寄或傳真至：**CHI LakeWood Health Center ATTN: EES - Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872. Fax: 469-803-4627。請自己保留一份副本。

**要親自提交已填妥的申請：**CHI LakeWood Health, 600 Main Avenue S, Baudette, MN 56623

我們將在收到已填妥的經濟援助申請（包括收入證明）後的 30 個日曆日內，將最終資格確定和上訴權（如果適用）的事宜通知您。

提交財務援助申請，即表示您同意我們進行必要的查詢，以確認財務義務和資訊。

**我們想提供幫助。請及時提交您的申請！**

**在我們收到您的資訊之前，您可能會收到帳單。**



**CHI LakeWooD Health**  
**經濟援助申請表 - 機密資訊**

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請註明「不適用」。如有需要，請附加其他頁面。

**篩選資訊**

您是否需要口譯員？ 是 否 如果是，請列出偏好語言：

患者是否已申請 Medicaid ? 是 否 在獲得經濟援助之前可能需要申請

患者是否獲得州公共服務，例如食品券或婦女、嬰兒與孩童特殊營養補助計畫 ( WIC ) ? 是 否

患者目前無家可歸嗎？ 是 否

患者的醫療照護是否與車禍或工傷有關？ 是否

接受過治療所在的 CommonSpirit Health 醫院清單：

**請注意**

- 即使您提出申請，我們也不能保證您有資格獲得經濟援助。
- 在您提交申請後，我們可能會檢查所有資訊，並可能要求提供其他資訊或收入證明。

**患者和申請人資訊**

患者名	患者中間名	患者姓
生日	患者帳戶號碼：	患者社會安全號碼 ( 選填 * )
負責支付帳單的人	與患者的關係	生日 社會安全號碼 ( 選填 * )

郵寄地址			主要聯絡號碼 (    ) _____
市	州	郵遞區號	電子郵件地址 : _____
負責支付帳單的人的就業狀況			
<input type="checkbox"/> <b>受僱</b> ( 僱用日期 : _____ ) <input type="checkbox"/> <b>失業</b> ( 失業時間長度 : _____ )			
<input type="checkbox"/> <b>自僱</b> <input type="checkbox"/> <b>學生</b> <input type="checkbox"/> <b>殘疾</b> <input type="checkbox"/> <b>退休</b> <input type="checkbox"/> <b>其他</b> ( _____ )			

### 家庭資訊

列出您家庭中包括您在內的家庭成員。「家庭」包含兩個或兩個以上居住在一起並存在出生、婚姻或領養關係的人。如果患者可以在所得稅申報表中聲稱某人為受撫養人，則出於本申請書之目的，該人將是該患者的家庭成員。

**家庭人數** \_\_\_\_\_

**如有需要，請附加其他頁面**

姓名	生日	與患者的關係	如果為 18 歲或以上： 雇主名稱或收入來源	如果為 18 歲或以上： 總月收入 ( 税前 ) :	也申請經濟援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必須揭露所有成年家庭成員的收入。收入來源包括：

- 工資   - 失業   - 自僱   - 工人補償   - 殘疾   - 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   - 退休帳戶分配
- 其他 (請註明 : \_\_\_\_\_ )

CHI LakeWooD Health  
經濟援助申請表 - 機密資訊

### 收入資訊

**請記得：您的申請中必須包括收入證明。**

**您必須提供有關家庭收入的資訊。需要進行收入驗證才能確定經濟援助。**

**所有 18 歲或以上的家庭成員都必須揭露其收入。請提供每一個確定的收入來源的證明。**

**收入證明的範例包括：**

- 去年的所得稅申報表，包括時間表（如適用）；或者
- 「W-2」扣繳憑單；或者
- 目前的工資單（3 個月）；或者
- 雇主或其他人的書面簽署聲明；和
- 批准或拒絕 Medicaid 或國家資助的醫療援助資格；或
- 批准或拒絕失業補償。

如果您沒有收入證明或沒有收入，請附加另一頁包含簽署聲明，其中說明您如何支持基本生活費用（例如住房、食品和水電等）。

### 資產資訊

**請記得：您的申請中必須包括資產證明。**

**您必須提供任何家庭成員擁有的所有資產的相關資訊。需要進行資產驗證才能確定經濟援助。**

**所有 18 歲或以上的家庭成員，都必須揭露其可用的財務來源。請提供每一個確定的資產來源的證明 收入證明的範例包括：**

- 目前的銀行對帳單（顯示最近 3 個月）
  - 支票帳戶

- 儲蓄帳戶
- 投資，包含股票與債券
- 信託基金
- 貨幣市場帳戶
- 共同基金
- 撤資不會遭受罰款的其他投資基金

### 額外資訊

如果您希望我們知道有關您當前財務狀況的更多資訊，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，請再另外附加一個頁面。

### 患者同意

我理解，CommonSpirit Health 可能會檢閱信用資訊並從其他來源獲取資訊以驗證資訊，從而協助確定對於經濟援助或付款計畫的資格。

- 我證明，我提供的資訊為據我所知的真實且正確的資訊。
- 我將獨立或在醫院工作人員的協助下，申請任何及所有援助，這些援助將透過聯邦、州、地方政府和私人管道獲得，以幫助支付此醫療帳單。
- 我理解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所需的資訊，我的申請可能會被拒絕。
- 我理解，我提交的資訊必須經過 CommonSpirit Health ( 包括信用報告機構 ) 的驗證，並需要接受聯邦和 / 或州機構及其他機構的審查。



- 我理解，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。如果第三方為您醫院服務付款，則醫院保留託收原始、全額費用的權利。

---

申請人簽名

---

日期