

经济援助申请
(申请表必须填写完整)

申请日期: ____/____/____

患者信息:

姓: _____ 名 _____ 中间名缩写 ____

出生日期: ____/____/____ 社工卡号码: ____-____-____

地址: _____ 公寓号 _____

市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

住宅电话号码 (____) _____ 其他电话号码 (____) _____

家庭成员:

	姓名	出生日期	与患者关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

收入情况:

收入	患者	配偶
雇主		
总收入		
子女抚养费/收到的赡养费		
退休金		
失业救济金		
社保福利		
租赁收入		
其他收入		
粮食券		
收入总计		



请在附上的《文件和审核表》提供当中所列出的文件之副本，如有的话。患者应在收到申请书后 15 日内提交此信息。 有关于此申请所提供、讨论和记录的所有的信息都会保密。如您有疑问或需要进一步帮助，请拨打 (203) 276-7515 联系经济援助顾问或 (203) 276-4831 联系患者业务部。

申请人希望被纳入考虑的其他信息：

在此，我申请斯坦福医院的经济援助，包括获得我符合条件的、可用的医院床位基金。我知道我提交的信息取决于斯坦福医院做出的审核。我证明上述信息是真实和准确。如果符合条件，我知道我可能会被要求申请公共援助。

申请人签名： _____ 日期： _____

请注意，如果不能在规定的时间内完整填写此申请表并提供规定的信息，将会延误申请的处理，并且可能导致您不符合经济援助的决定。

仅供医院填写

病历号： _____

家庭成员数目 _____

批准的经济援助等级： _____ @ _____ %

经济援助项目批准：自 _____ 起至 _____

产前批准：自 _____ 起至 _____

拒绝日期： _____

拒绝理由： _____

经济委员会 (FC) : _____ 日期： _____

文件和审核表格

请向您的经济援助顾问或患者业务服务部提供有关申请人/配偶、重要的另一半和儿童（如果申请人是未成年人，则提供其父母的信息）的下列适用文件。

请向我们提供下列文件的复印件

保险：

- | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---|
| 医保 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 责任险 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 工伤保险 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 马里兰州机动车险 (MVA) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| 您是否曾申请使用医疗 CT (Access Health CT) 的保险? | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |

***所有要求的信息为有关家庭内的患者、配偶、重要的另一半、伙伴和子女。**

联邦和州的救济金：

- 社会服务部的拒绝函
- 粮食券/现金援助函
- 社会服务医疗（医疗补助计划，Medicaid）保险范围
- 社保救助函

身份证明：

- 带照片的身份证 / 驾照 / 护照 / 永久居民卡
- 现居住地证明（水电费账单、有线电视账单、电话账单）
- 子女的出生证明

收入：工资、薪金、小费和股息

- 最近提交的纳税申报表和 W-2 表或 1099 表
- 最近的工资单（周薪要 4 条，双周薪要 2 条，月薪要 2 条）
- 来自雇主或自己的公证函
- 失业金领取记录（如果领取失业金的话）
- 如果是无业者则请提供您如何支持您的生活的公证函
- 赡养费和子女抚养费（法庭文件或说明收取的金额之公证函）

资产：

- 所有家庭成员最近的银行账户对账单
（支票、存款、定期、401K、403B）
 - 有 无 如果没有，请签上姓名的首字母 _____
- 除了主要居住地外，您是否拥有其他不动产？
 - 有 无 如果有，租赁收入是 \$ _____

居住信息：

- 租金收条 / 租约或房贷对账单
- 房东或自己的公证函（每月您支付的租金金额）
- 收容所信函

产前：

- 产前协议（Optimus/斯卡伯勒医院协议）