

经济援助申请
(申请必须完整填写)

请求日期: _____/_____/_____

病人资讯:

姓氏: _____ 名字 _____ 中间名 _____

出生日期: _____/_____/_____ 社会安全号码: _____

地址: _____ 公寓号码 _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

住家电话号码 (_____) _____ 其他电话号码 (_____) _____

家庭受抚养人:

	姓名	出生日期	与病人的关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

收入信息:

收入	病人	配偶
雇主		
工资总额		
收到的子女抚养费/赡养费		
退休金		
失业福利		
社会保障福利		
租金收入		
其他收入		
粮食卷		
总收入		



请在随附的文件和验证表格列表中提供可用文件的副本。患者应在收到申请后 15 天内提供此信息。您可以邮寄或投递您的文件。地址如下。与本申请相关的所有提供、讨论或记录的信息都会保密。如果您有任何疑问或需要进一步协助，请致电(203) 276-7515 或 (203) 276-4831 联系患者业务部的经济援助顾问。

邮寄地址：
Stamford Health
One Hospital Plaza
PO Box 9317
Stamford, CT 06904

实体地址：
Stamford Health
3001 Summer St; 2nd Floor
Stamford, CT 06905

申请人希望被考虑的其他信息：

我特此请求斯坦福医院 (Stamford Hospital) 提供经济援助，包括获得我可能有资格获得的医院床位资金。我了解我提交的信息已提交斯坦福医院 (Stamford Hospital) 核实。我保证上述信息真实无误。我了解，若符合条件，我可能会被要求申请公共援助。

申请人的签名：_____

日期：_____

请注意，未能在规定时间内完成此申请并提供所要求的信息将延迟您的请求的处理，并可能导致您确定您没有资格获得经济援助。

仅供医院使用

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

文件和核实表格

请向您的经济援助顾问或患者业务服务部提供下列适用于申请人/配偶和子女的文件（如果申请人是未成年人，请提供父母信息）。

请向我们提供以下文件的副本

保险：

- | | | | |
|-----------------------------|---|-----|---|
| 医疗 | <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否 | 责任 | <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否 |
| 工伤赔偿 | <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否 | MVA | <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否 |
| 您是否向 Access Health CT 申请了保险 | | | <input type="checkbox"/> 是 或 <input type="checkbox"/> 否 |

**所要求的所有信息均适用于家庭中的患者、配偶和儿童。*

联邦和州福利：

- 社会服务部拒绝信
- 粮食卷/现金协助信函
- 社会服务部医疗 (Medicaid) 承保
- 社会保障福利函

身份证件：

- 有照片的 ID / 驾驶执照 / 护照 / 永久居民卡
- 当前地址的证明 (公用事业、电视、电话账单)
- 儿童的出生证书

收入：工资、薪水、小费和股息

- 最近的工资单（如果每周支付则 4 份/如果每两周支付则 2 份，如果每月支付则 2 份）
- 如果以现金或个人支票支付，则需要雇主或本人的信函
- 失业金历史（如果领取失业金）
- 如果失业，请提供一封信，说明您如何养活自己。
- 赡养费和/或子女抚养费（法庭文件或表明收到金额的信件）
- 除了您主要居所，您拥有自己的房产吗？
 是 或 否 如果是，租金收入 \$ _____

税务：

- 最近提交的纳税申报表和 W-2 或 1099

银行：

- 患者和配偶最近的银行账户对账单(支票、储蓄账户)
 是 或 否 如果否，请写下您的英文名首字母 _____

居所信息：

- 租金收据 / 租约或房贷声明
- 来自房东或自己的信函（您每月支付的租金金额）
- 庇护信