

Twin City Medical Center 经济援助申请表说明

这是向 *CommonSpirit Health* (NHSC 批准的机构) 提出的经济援助申请。

CommonSpirit Health 向满足一定收入要求的个人和家庭**提供经济援助**。根据您的家庭规模和收入，您可能有资格享受免费医疗或优惠医疗，即使您有医疗保险。家庭收入低于联邦贫困水平指南 (**Federal Poverty Level Guidelines**) 400% 的患者将得到援助。关于联邦贫困水平指南的信息可以登录 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 查阅。

经济援助涵盖哪些费用? 医院的经济援助包括由 **CommonSpirit Health** 提供的适当的医院服务，具体取决于您的资格。经济援助可能无法支付所有医疗费用，包括其他组织提供的服务。

如果您有问题或在完成此申请方面需要帮助: 您可以出于任何原因通过下面的号码获得帮助，包括残疾和语言援助：844-428-7500

为了使您的申请获得处理，您必须：

- 向我们提供您的家庭信息
- 向我们提供您的家庭月总收入信息（税前和扣除前收入）
- 提供家庭收入证明文件
- 必要时请随附附加信息
- 在表格上签字并注明日期

将填好的申请及所有文件邮寄或传真至：Twin City Medical Center，收件人：经济援助中心，819 N First Street, Dennison, OH 44621 传真：740-922-7412。确保您自己保留一份副本。

您需要亲自将填好的申请提交至 Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

我们会在收到完整的经济援助申请（包括收入证明文件）后的 30 天内，向您通知合格性的最终决定和申诉权（如适用）。

您提交经济资助申请，即表示您同意我们进行必要的查询，以确认您的债务和财务信息。

希望对大家有用。请及时提交申请！

在我们收到您的信息之前，您可能会收到账单。

Twin City Medical Center
经济资助申请表 (NHSC 批准的机构) - 机密

请完整填写所有信息。如果不适用，填“NA”。必要时请随附附加信息。

筛选信息

您需要口译员吗？ 需要 不需要 如果需要，请列出首选语言：

患者是否接受州公共服务，如食品券或 WIC（妇女、婴儿和儿童）？ 是 否

患者的医疗需求是否与车祸或工伤有关？ 是 否

曾接受治疗的 CommonSpirit Health 医院名单：

请注意

- 即使提出申请，我们也不能保证您有资格获得经济援助。
- 一旦递交申请，我们可能会检查所有的信息，并可能要求您提供额外的信息或收入证明。

患者和申请人信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏
出生日期	患者帐号：	主要联系电话 () _____ () _____
负责支付账单的人员	与患者的关系	出生日期
		电子邮件地址： _____
邮寄地址 _____ _____		
城市	州	邮政编码
负责支付账单的人员的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业（聘用日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业多长时间：_____） <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他（_____）		

家庭信息

列出您的家庭成员，包括您。“家庭”包括两个或多个通过出生、婚姻或收养居住在一起的相关人员。如果患者可能声称某人为其所得税申报表的需要供养人，则在本申请中，此人将为患者家庭的成员。

家庭规模 _____

必要时请随附附加信息

姓名	出生日期	与患者的关系	如果 18 岁或以上： 雇主的姓名或收入来源	如果 18 岁或以上： 月总收入（税前）：	还在申请经济援助吗？
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源包括： - 工资 - 失业补贴 - 自雇 - 工人补偿 - 残疾补贴 - SSI - 子女/配偶支持 - 工作学习计划（学生） - 退休金 - 退休收入 - 其他（请注明）：					

Twin City Medical Center
经济援助申请表 - 机密

收入信息

记住：您必须在申请后附收入证明。

您必须提供有关家庭收入的信息。需要提供收入证明以确定经济援助资格。

所有 18 岁或以上的家庭成员都必须披露其收入。请为所有已确定的收入来源提供证明。

收入证明示例包括：

- 去年的所得税申报表，包括时间表（如适用）；或者
- “W-2”扣缴税款清单；或者
- 当前的工资单（3 个月）；或者
- 雇主或其他人出具的书面签名陈述；或者
- 获得失业补偿资格的批准/拒绝。

如果您没有收入证明或没有收入，请随附附加页面及一份签名的声明，说明您如何支持基本的生活费用（例如住房、食品和水电费）。

附加信息

如果还想提交您当前财务状况的其他信息，例如财务困难，过多的医疗费用，季节性或临时收入或个人损失，请附上附加页面。

患者协议

我知道，CommonSpirit Health 可以通过获取其他来源的信息来验证信息，以帮助确定申请人是否有获得经济援助或付款计划的资格。

- 我证明我提供的信息就我所知是真实准确的。
- 我知道，如果我不与 Commonspirit Health 合作提供所需的信息，我的申请可能会被拒绝。
- 我知道，我提交的信息需要经过 Commonspirit Health 验证
- 我知道，为了获得援助资格，我可能还需要提供其他信息。

如果您收到保险公司、工人酬劳计划或任何其他第三方的付款，则表示您同意告知医院任何此类付款。如果第三方为您补偿了医院服务的费用，医院保留其收取最初的全额费用的权利。

申请人的签名

日期