

所需的支持文档

请提供以下列出的文档。不提供这些文档可能会导致申请处理延迟或遭拒。如果您无法提供文档，请提供一封解释信。

- 完整填写并签署的财务援助申请表
- 有效的带照片身份证（驾驶执照、护照、州政府颁发的身份证或有效的政府颁发身份证）
- 伊利诺伊州居住证明（如果没有有效的伊利诺伊州驾驶执照或伊利诺伊州颁发的身份证，则提供以下至少一项）
 - 租金收据或租约
 - 显示伊利诺伊州地址的公用事业账单
 - 政府或其他可信来源寄来的邮件
 - 无家可归者收容所寄来的信函
 - 选民登记卡
- 税务文件（请提供以下）
 - 最近的联邦纳税申报表（包括所有附表）
 - 及最近的 W-2 表和 1099 表
- 家庭收入证明（为患者/担保人以及患者/担保人家庭每个成员（包括配偶或伴侣）提供以下信息）
 - 最近的工资单副本 – 2 个月（雇主、失业、社会安全）
 - 如果以现金支付薪资，书面收入核实
- 资产证明（提供下列资产的所有适用文件）
 - 支票/储蓄账户
 - 股票
 - 定期存单
 - 共同基金
 - 健康储蓄/灵活消费账户
 - 信用社账户

补充/其他：

- 如果您提起了与您的疾病、意外事故或工伤有关的诉讼，请填写并签署《信息披露授权书》。
- 主要住所？ 拥有 租赁 其他 _____
- 次要住所？ 拥有 租赁 无 其他 _____

财务援助计划资格确定申请：财务报表

重要：您可能可以获得免费或打折的护理：

填写此申请将有助于拉什大学医学中心和/或拉什橡树园医院确定，您是否可以获得免费或打折的服务或其他公共计划，以帮助支付您的医疗费用。请将此申请交给医院。

如果您没有保险，获得免费或打折的护理不需要社会安全号码。

但是，某些公共计划（包括医疗补助）需要社会安全号码。并不要求提供社会安全号码，但能帮助医院确定您是否有资格获得任何公共计划援助。请填写此表格，并在出院或接受门诊治疗后的60天内亲自、邮寄、电邮或传真给医院，以申请免费或打折的护理。

如果您符合推定资格标准（例如，加入了低收入援助计划（WIC、SNAP、伊利诺伊州免费午餐计划等），或者收入等于或低于联邦贫困准则的200%，则无需填写此申请表。

患者确认，已尽力提供申请表中所要求的所有信息，以帮助医院确定患者是否有资格获得财务援助。

1) 患者信息

患者姓名： _____

姓氏
名字
中间名缩写

地址： _____

号码和街道
房间

城市
州
邮政编码

电话：住宅 () _____ 手机 () _____

电子邮件地址： _____

出生日期： ____/____/____

社会安全号码（没有保险则无需填写）： ____-____-____

如果患者的现任或前任配偶或伴侣是患者的担保人，或者如果父母或监护人是未成年患者的担保人，请提供以下信息：

担保人姓名 _____

担保人地址 _____

担保人电话号码：() _____

在医院提供护理时，患者是伊利诺伊州居民吗？ 是 否

患者是否牵涉指控的事故？ 是 否

患者是否是指控犯罪的受害者？ 是 否

2) 家庭信息

患者家庭人数。 _____

患者家属人数。* _____

(*患者负担经济责任的人数)

患者家属年龄： _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

3) 家庭就业和收入信息

患者、患者的配偶或伴侣或（未成年）患者的父母或监护人目前是否就业？ 是 否

如果是，雇主名称： _____ 电话() _____

第二雇主名称： _____ 电话() _____

第三雇主名称： _____ 电话() _____

4) 每月家庭总收入 - 请附上您最近的联邦纳税申报表。此外，请附上最新的家庭收入记录，例如2个月的工资单、福利说明、奖励信、法院命令或其他文件。家庭收入包括患者、配偶或伴侣收入，或者（未成年）患者的父母或监护人从以下来源获得的收入：

估计的月收入

- 挣得的工资..... _____
- 自营就业..... _____
- 失业补偿金..... _____
- 社会安全救济金..... _____
- 社会安全残疾补助金..... _____
- 退伍军人养老金..... _____
- 退伍军人残疾补助金..... _____
- 私人保险残疾补助金..... _____
- 劳动者报酬..... _____
- 贫困家庭临时援助 (TANF)..... _____
- 退休收入..... _____
- 儿童抚养费、赡养费或其他配偶抚养费..... _____
- 其他收入..... _____

5) 资产和估计的资产价值信息

资产价值 _____

- 支票帐户..... _____
- 储蓄..... _____

- 股票..... _____
- 定期存单..... _____
- 共同基金..... _____
- 信用社账户..... _____
- 健康储蓄/灵活消费账户..... _____

6) 保险/福利信息:

患者是否有保险计划承保? 是 否

如果是, 勾选计划:

- 联邦医疗保险 联邦医疗保险 D 部分 联邦医疗保险补充计划
- 医疗补助 退伍军人福利
- 健康保险: 计划名称: _____

7) 证书声明:

尽我所知, 我保证本申请表中的信息真实和正确。我将申请任何我可能符合资格的州、联邦或地方援助, 以帮助支付这份医院账单。我明白, 医院可能会对所提供的信息进行核实, 而且我授权医院与第三方联系, 以核实本申请表中所提供信息的准确性。我明白, 如果我故意在本申请表中提供不真实的信息, 我将没有资格获得财务援助, 任何给予我的财务援助都可能撤销, 而我将负责支付医院账单。

患者或申请人签名

_____/_____/_____
日期

Rush Financial Counselor/Representative
拉什财务顾问/代表

_____/_____/_____
日期