

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 _____

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

其他信息（可选）

以下内容根据伊利诺伊州的要求添加，是否回复均不会影响您的申请结果。请在下方勾选适当的答案。

性别（法定）：

男性：

女性：

非二元性别：

其他： _____

不愿透露：

种族：

西班牙裔或拉美裔：

非西班牙裔或拉美裔：

不愿透露：

民族：

美洲印第安人或阿拉斯加原住民：

亚洲人：

黑人或非裔美国人：

夏威夷原住民或其他太平洋岛民：

白人：

其他： _____

不愿透露：

首选语言：

英语：

西班牙语：

其他： _____

不愿透露：

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) 保证声明:

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和/或医师账单。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, 而我将负责支付账单。如果对未投保患者的折扣申请流程或医院财务援助流程有任何投诉或疑虑, 可以填写申请表 <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> 或拨打 1-877-305-5145, 向伊利诺伊州医疗保健部总检察长报告。

申请人姓名 (印刷体)

患者或申请人签名

____/____/____
日期