

重要事项: ****您可能会获得免费护理或享受护理费打折。** 填写此申请表将有助于让 Advocate Health Care 确定您是否有资格从 Advocate 获得免费或折扣服务, 或者可能有资格享受公共计划以帮助您支付医疗费用。如果您没有保险, 则无需社会安全号码即可获得 Advocate 的免费或折扣护理。但是, 某些公共计划 (包括 Medicaid) 则需要社会安全号码的。不需要在此申请表上提供社会安全号码, 但有了它可以帮助 Advocate 确定您是否有资格参加任何公共援助计划。

请在服务日期后尽快填写此申请, 以使 Advocate Health Care 确定您是否有资格获得经济援助。我们将在第一份护理账单日期后 240 天内接受您的申请。

就本申请表而言, Advocate Health Care 关于家庭的定义是患者、患者的配偶/同居伴侣、患者的父母或监护人 (如果是未成年患者), 以及任何在患者或父母的所得税申报表中申报为被抚养人并住在患者或其父母或监护人家中者。

说明: 完整填写申请表并在申请表认证部分署名以核实信息。				
患者信息				
电子邮箱地址				家庭人口 (包括患者本人)
姓氏	名字	中间名首字母	出生日期	社会保险号码
街名	公寓号	城市	州	邮编
雇主				地址
城市			州	邮编
			每月总收入	工作电话
您是否被承保或有资格获得任何健康保险, 包括外国保险、Marketplace、COBRA、退伍军人福利、Medicaid 或 Medicare?				
<input type="checkbox"/> 是 (请提供以下信息)				
<input type="checkbox"/> 否, 未获得/没有可用的健康保险				
投保人:		承保机构:		保单编号:
投保人:		承保机构:		保单编号:
当您接受护理时, 您是否为伊利诺伊州居民? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您是否已经申请 Medicaid? 我们可能要求您进行申请) <input type="checkbox"/> 是的 - 等待审批 <input type="checkbox"/> 是的 - 不符合资格 <input type="checkbox"/> 没有				
所提供的治疗是否与以下任何一项有关? <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 工作场所伤害 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
您是否正在进行第三方责任索赔 (汽车、工伤赔偿金等……)? <input type="checkbox"/> 是 (请在下面提供信息) <input type="checkbox"/> 否				
律师姓名: _____		律师电话号码: _____		
未成年人/监护人或未成年人的父母			与患者的关系	出生日期
电子邮箱地址				社会保险号码
姓氏	名字	中间名首字母		家庭电话
雇主				地址
城市			州	邮编
			每月总收入	工作电话
家庭成员中的被抚养人				
姓名	年龄		关系	

就医取向

请说明您预约的, 或最有可能去的医院:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Christ Medical Center | <input type="checkbox"/> Lutheran General Hospital |
| <input type="checkbox"/> Condell Medical Center | <input type="checkbox"/> Sherman Hospital |
| <input type="checkbox"/> Good Samaritan Hospital | <input type="checkbox"/> South Suburban Hospital |
| <input type="checkbox"/> Good Shepherd Hospital | <input type="checkbox"/> Trinity Hospital |
| <input type="checkbox"/> Illinois Masonic Medical Center | <input type="checkbox"/> Advocate Children's Hospital |

假定资格

 如果未保险的患者可以证明符合下列预设资格标准之一, 无论是单独或通过其家庭拥有的福利, 则自动有资格获得免费护理, 无需提供任何收入、资产或费用信息*。在可能的情况下, **Advocate** 将以电子方式验证资格, 但可能需要您协助我们证明您的资格。

*患者仍需在申请表认证部分署名

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> 伊利诺伊州免费午餐/早餐计划 |
| <input type="checkbox"/> 被监禁者 | <input type="checkbox"/> 无家可归 | <input type="checkbox"/> Grant Assistance for Medical Services (医疗服务补助金) |
| <input type="checkbox"/> 死者(无遗产) | <input type="checkbox"/> TANF: 贫困家庭的临时援助 | <input type="checkbox"/> LIHEAP: Low Income Home Energy Assistance Program (低收入家庭能源援助计划) |
| <input type="checkbox"/> 社区医疗援助计划 | <input type="checkbox"/> 精神上无行为能力者(没有人代表患者行事) | <input type="checkbox"/> 伊利诺伊州住房发展局的租房支持计划 |
| <input type="checkbox"/> 遵守宗教戒律和清贫的誓言 | <input type="checkbox"/> 符合 Medicaid 资格, 但不是在接受治疗服务之日或非承保的服务 | <input type="checkbox"/> 口头评估所需信息 |

收入和资产信息

请为每位受雇人员的家庭成员提供以下一项或多项文件, 并在下面的陈述中签名:

- 最近工资单的副本
- 最近的 W-2 和 1099 表格的副本
- 最近一次纳税申报表的副本
- 如果是现金支付的工资, 须出具您的雇主的声明
- 来自第三方的有关您收入的任何其他证明(包括奖励函、福利声明、法院命令等……)

收入证明

如果您无法提供任何与您收入有关的文件, 请填写以下声明:

本人 _____ (姓名), 兹证明我不能提供证明我的家庭月收入为 \$ _____ 的文件。

 收入来自: _____ 金额: \$ _____ 频率: 每周一次 两周一次 每月一次 其他: _____

 收入来自: _____ 金额: \$ _____ 频率: 每周一次 两周一次 每月一次 其他: _____

其他收入

除了您的工作收入外, 您还可以从其他来源获得收入或支持(例如社会保险金、伤残金、子女抚养费、赡养费、失业金或工伤赔偿、退伍军人养老金或残疾金、TANF、退休收入或其他收入)。请说明收入来源和数额。

银行账户/投资/资产

请列出以下各项的总当前余额。

支票/储蓄/信用合作社帐户:	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用
其他投资(债券、股票等, 不包括 IRA 和/或退休账户):	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用
健康储蓄或灵活支出帐户	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用
汽车或其他车辆	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用

不动产

请提供您所拥有的在主要住所以外的任何不动产(建筑物和/或土地)信息。

所有建筑物和土地的价值减去房产所欠金额后是多少?	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用
该不动产会带给你收入吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

土地的价值(不包括建筑物)减去房产所欠金额后是多少?	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不适用
该不动产会带给你收入吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

每月花费信息

 请在下面列出您的每月花费。这些信息会有助于 **Advocate** 对您的申请做出决定，例如显示经济困难的大额未付账单。您可以在申请时提供这些费用的副本（例如：电话费、电费、医疗费、银行或支票对帐单等）。

住房/抵押贷款/租金	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
水电煤气费（电费、暖气/冷气费、水费等）	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
食物	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
交通	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
被抚养人照护	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
借贷	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
医疗费用	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____
其他费用	金额: \$ _____	频率: <input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 两周一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他: _____

患者信息——可选答

以下资料仅作统计用途。以下问题皆非必答题，患者回答或不回答皆不会对申请结果产生任何影响。

<u>申请人族裔:</u>	<u>申请人民族:</u>	<u>申请人性别</u>	<u>申请人首选语言</u>
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亚裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔与拉丁裔 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 <input type="checkbox"/> 韩语 <input type="checkbox"/> 波兰语 <input type="checkbox"/> 俄语 <input type="checkbox"/> 简体中文 <input type="checkbox"/> 西语 <input type="checkbox"/> 其他

申请认证: 我保证，就我所知，本申请表中的信息是真实无误的。我将申请任何我可能有资格获得的州、联邦或地方援助，以帮助支付此医院账单。我理解，**Advocate Health Care** 可能对所提供的信息进行验证，我授权 **Advocate Health Care** 联系第三方以验证本申请中提供信息的准确性。我理解，如果我故意在本申请表中提供不实信息，我将没有资格获得 **Advocate** 的经济援助，任何授予我的经济援助可能会被撤销，我将负责支付医院账单。患者承认他或她已做出诚意努力，提供申请中要求的所有信息，以协助医院确定患者是否有资格获得经济援助。

申请人签名: _____

日期: _____

如果您依赖他人提供日常生活费用, 请填写以下内容:

支持声明

由为患者和/或患者家属提供帮助的人填写。

患者姓名: _____

提供患者需求的人员姓名: _____

以上人员的地址: _____

电话号码: 家庭电话 _____ 手机: _____

与患者的关系: _____

自 _____ 至 _____ 以来, 我一直在为病人提供经济帮助。

我提供了:

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 膳宿 (包括住房和食物) | <input type="checkbox"/> 衣服 | <input type="checkbox"/> 支付每月花费 |
| <input type="checkbox"/> 学校费用 | <input type="checkbox"/> 医疗费 | <input type="checkbox"/> 交通费: 汽车贷款、汽车保险、汽油等 |
| <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ | | |

我可以继续满足该名人员的上述需求, 但无法为他/她的医疗费用供款。

提供援助者签名_____
日期

提交填妥的申请表:	需要协助吗? 我们可以帮助。
邮寄至: Advocate Health Care P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908; 传真: (630) 645-4691; 电子邮件: SRCO-FinancialAssistance@aah.org; 或送交患者的财务顾问	致电 (847) 795-2300 或访问患者的 财务顾问

有关未投保患者折扣申请程序的投诉或问题可向伊利诺伊州总检察长办公室卫生保健局 (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) 报告您可致电1-877-305-5145与他们联系。