

重要事項：您可能會獲得免費護理或享受護理費打折。** 填妥此申請表將有助於讓 Advocate Health Care 確定您是否有資格從 Advocate 獲得免費或折扣服務，或者可能有資格享受公共計劃以幫助您支付醫療費用。如果您沒有保險，則無需社會安全號碼即可獲得 Advocate 的免費或折扣護理。但是，某些公共計劃（包括聯邦醫療補助 (Medicaid)）則是需要社會安全號碼的。不需要在此申請表上提供社會安全號碼，但有了它可以幫助 Advocate 確定您是否有資格參加任何公共援助計劃。

請在服務日期後儘快填妥此申請，以使 Advocate Health Care 確定您是否有資格獲得經濟援助。我們將在第一份護理帳單日期後 240 天內接受您的申請。

就本申請表而言，Advocate Health Care 關於家庭的定義是患者、患者的配偶/同居伴侶、患者的父母或監護人（如果是未成年患者），以及任何在患者或父母的所得稅申報表中申報為被撫養人並住在患者或其父母或監護人家中者。

說明：完整填寫申請表並在申請表認證部分署名以核實資訊。				
患者資訊				
電子郵箱地址			家庭人口（包括患者本人）	
姓	名	中間名首字母	出生日期	社會安全號碼
街名	公寓號	城市	州	郵編
僱主			地址	家庭電話
城市			州	郵編
			每月總收入	手機號碼
您是否被承保或有資格獲得任何健康保險，包括外國保險、Marketplace、COBRA、退伍軍人福利 Medicaid 或 Medicare？ <input type="checkbox"/> 是（請提供以下資訊） <input type="checkbox"/> 否，未獲得/沒有可用的健康保險				
投保人：		承保機構：		保單編號：
投保人：		承保機構：		保單編號：
當您接受護理時，您是否為伊利諾州居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
您是否已經申請 Medicaid？（我們可能要求您進行申請） <input type="checkbox"/> 是的 – 等待審批 <input type="checkbox"/> 是的 – 不符合資格 <input type="checkbox"/> 沒有				
所提供的治療是否與以下任何一項有關？ <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 犯罪 <input type="checkbox"/> 工作場所傷害 <input type="checkbox"/> 其他：				
您是否正在進行協力廠商責任索賠（汽車、工傷賠償金等.....）？ <input type="checkbox"/> 是（請在下面提供資訊） <input type="checkbox"/> 沒有				
律師姓名：		律師電話號碼：		
配偶/監護人或未成年人的父母			與患者的關係	出生日期
電子郵箱地址			社會安全號碼	
姓	名	中間名首字母	家庭電話	
僱主		地址		手機號碼
城市		州	郵編	每月總收入
				工作電話
家庭成員中的被扶養人				
姓名	年齡		關係	

就醫取向

請說明您預約的、或最有可能去的醫院

- | | |
|--|---|
| <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 |

假定資格

如果未保險的患者可以證明符合下列預設資格標準之一，無論是單獨或通過其家庭擁有的福利，則自動有資格獲得免費護理，無需提供任何收入、資產或費用資訊*。在可能的情況下，Advocate將以電子方式驗證資格，但可能需要您協助我們證明您的資格。

***患者仍需在申請表認證部分署名**

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> 伊利諾州免費午餐/早餐計劃 |
| <input type="checkbox"/> 被監禁者 | <input type="checkbox"/> 無家可歸 | <input type="checkbox"/> 醫療服務補助金
(Grant Assistance for Medical Services) |
| <input type="checkbox"/> 死者（無遺產） | <input type="checkbox"/> TANF：貧困家庭的臨時援助 | <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源援助計劃
(LIHEAP：Low Income Home Energy Assistance Program) |
| <input type="checkbox"/> 社區醫療援助計劃 | <input type="checkbox"/> 精神上無行為能力者（沒有人代表患者行事） | <input type="checkbox"/> 伊利諾州住房發展局的租房支持計劃 |
| <input type="checkbox"/> 遵守宗教戒律和清貧的誓言 | <input type="checkbox"/> 符合Medicaid資格，但不是在接受治療服務之日或非承保的服務 | <input type="checkbox"/> 口頭評估所需資訊 |

收入和資產資訊

請為每位受雇人員的家庭成員提供以下一項或多項文檔，並在下面的陳述中簽名：

- 最近工資單的副本
- 最近的W-2和1099表格的副本
- 最近一次納稅申報表的副本
- 如果是現金支付的工資，須出具您的雇主的聲明
- 來自協力廠商的有關您收入的任何其他證明（包括獎勵函、福利聲明、法院命令等.....）

收入證明

如果您無法提供任何與您收入有關的文件，請填寫以下聲明：

本人_____（姓名），茲證明我不能提供證明我的家庭月收入為 \$ _____ 的文件。

收入來自：	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
收入來自：	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：

其他收入

除了您的工作收入外，您還可以從其他來源獲得收入或支持（例如社會保險金、傷殘金、子女撫養費、贍養費、失業金或工傷賠償、退伍軍人養老金或殘疾金、TANF、退休收入或其他收入）。請說明收入來源和數額。

銀行帳戶/投資/資產 請列出以下各項的總當前餘額。		
支票/儲蓄/信用合作社帳戶：	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
其他投資（債券、股票等，不包括IRA和/或退休帳戶）：	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
健康儲蓄或靈活支出帳戶	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
汽車或其他車輛	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
不動產 請提供您所擁有的在主要住所以外的任何不動產（建築物和/或土地）資訊。		
所有建築物和土地的價值減去房產所欠金額後是多少？ 該不動產會帶給你收入嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
土地的價值（不包括建築物）減去房產所欠金額後是多少？ 該不動產會帶給你收入嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	\$ _____	<input type="checkbox"/> 不適用
每月花費資訊 請在下面列出您的每月花費。這些資訊會有助於 Advocate 對您的申請做出決定，例如顯示經濟困難的大額未付帳單。您可以在申請時提供這些費用的副本（例如：電話費、電費、醫療費、銀行或支票對帳單等）。		
住房/抵押貸款/租金	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
水電煤氣費（電費、暖氣/冷氣費、水費等）	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
食物	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
交通	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
被扶養人照護	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
借貸	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
醫療費用	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：
其他費用	金額： \$ _____	頻率： <input type="checkbox"/> 每週一次 <input type="checkbox"/> 兩週一次 <input type="checkbox"/> 每月一次 <input type="checkbox"/> 其他：

患者資訊——可選答

以下資料僅作統計用途。以下問題皆非必答題，患者回答或不回答皆不會對申請結果產生任何影響。

<u>申請人族裔：</u>	<u>申請人民族</u>	<u>申請人性別</u>	<u>申請人首選語言</u>
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 亞裔 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 <input type="checkbox"/> 其他太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔與拉丁裔 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 <input type="checkbox"/> 韓語 <input type="checkbox"/> 波蘭語 <input type="checkbox"/> 俄語 <input type="checkbox"/> 簡體中文 <input type="checkbox"/> 西語 <input type="checkbox"/> 其他

申請認證：我保證，就我所知，本申請表中的資訊是真實無誤的。我將申請任何我可能有資格獲得的州、聯邦或地方援助，以幫助支付此醫院帳單。我理解，Advocate Health Care 可能對所提供的資訊進行驗證，我授權 Advocate Health Care 聯繫協力廠商以驗證本申請中提供資訊的準確性。我理解，如果我故意在本申請表中提供不實資訊，我將沒有資格獲得 Advocate 的經濟援助，任何授予我的經濟援助可能會被撤銷，我將負責支付醫院帳單。患者承認他或她已做出誠意努力，提供申請中要求的所有資訊，以協助醫院確定患者是否有資格獲得經濟援助。

患者簽名： _____

日期： _____

經濟援助申請表

患者賬號：_____

如果您依賴他人提供日常生活費用，請填寫以下內容：

支持聲明

由為患者和/或患者家屬提供幫助的人填寫

患者姓名：_____

提供患者需求的人員姓名：_____

以上人員的地址：_____

電話號碼：家庭電話：_____ 手機：_____

與患者的關係：_____

我一直在為病人提供經濟幫助，自_____至_____。

我提供了：

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 膳宿（包括住房和食物） | <input type="checkbox"/> 衣服 | <input type="checkbox"/> 支付每月花費 |
| <input type="checkbox"/> 學校費用 | <input type="checkbox"/> 醫療費 | <input type="checkbox"/> 交通費：汽車貸款、汽車保險、汽油等 |
| <input type="checkbox"/> 其他，請註明：_____ | | |

我可以繼續滿足該名人員的上述需求，但無法為他/她的醫療費用供款。

_____ 提供援助者簽名

_____ 日期

提交填妥的申請表：	需要協助嗎？我們可以幫助。
郵寄至： Advocate Health Care P.O. Box 3039, Oak Brook, IL 60522-9908; 傳真： (630) 645-4691; 電子郵件： SRCO-FinancialAssistance@aah.org; 或送交患者的財務顧問	致電(847) 795-2300 或訪問患者的財務顧問

有關未投保患者折扣申請程式的投訴或問題可向伊利諾州總檢察長辦公室衛生保健局 (*Health Care Bureau of the Illinois Attorney General*) 報告。您可致電 1-877-305-5145與他們聯繫。