

病患姓名: _____

MRN: _____

您有機會獲得免費或折扣醫療照護：完成此申請書有助西北紀念醫療照護體系 (NMHC) 判斷您是否能夠取得免費或優惠折扣服務，或是能幫您負擔醫療照護費用的其他公共計畫。

若您尚未投保，則無需社會安全號碼就可符合免費或優惠折扣照護的資格。

不過，Medicaid 等部分公共計畫都需要提供社會安全號碼。您不一定要提供社會安全號碼，但這有助醫院判斷您是否符合任何公共計畫的資格。若要申請免費或優惠折扣照護，請親自完成此表格，並在出院或門診服務單據日期後的 240 天內透過郵件、電子郵件或傳真提交。病患在此承認，為協助 NMHC 判斷其是否符合財務援助的資格，其已盡心盡力提供申請書中所要求的全部資訊。

若您未投保並符合特定推定資格標準，就無須完成此申請書。

- 無家可歸
- 無財產的已故者
- 精神上無行為能力且無人可代其行事的病患
- 符合 Medicaid，但不在服務提供期間

低收入者援助計畫登記：

- Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC)
- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Illinois Free Lunch and Breakfast Program (LIHEAP)

申請人			
申請人姓名		社會安全碼	
住家住址		城市	州
住家電話號碼		行動電話號碼	電子郵件地址
偏好的聯絡方式	<input type="checkbox"/> 美國郵件	<input type="checkbox"/> 電子郵件	<input type="checkbox"/> 住家電話
		<input type="checkbox"/> 行動電話	<input type="checkbox"/> 我沒有住所
申請人婚姻狀況			家庭年收入
		<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 單身
		<input type="checkbox"/> 分居	<input type="checkbox"/> 離婚
		<input type="checkbox"/> 喪偶	# 家庭成員數 (同繳稅條件呈報)
就業狀況		待業 - 最後工作日期: _____	
		<input type="checkbox"/> 受僱	<input type="checkbox"/> 自僱
		<input type="checkbox"/> 退休	<input type="checkbox"/> 身心障礙
雇主姓名		電話號碼	
雇主地址		城市	州
			郵遞區號
雇主提供的健康保險計畫名稱 (包含 COBRA)			<input type="checkbox"/> 未提供健康保險

配偶/伴侶/父母/擔保人 (適用時)			
關係 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 擔保人 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
姓名		社會安全碼	
住家地址		城市	州
			郵遞區號
雇主提供的健康保險計畫名稱 (包含 COBRA)			<input type="checkbox"/> 未提供健康保險

承保範圍		
1. 您是否有投保健康保險，或符合任何健康保險政策的資格，包含外國保險、健康保險市場、退伍軍人福利、Medicaid 或 Medicare? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
a. 如是，請提供以下資訊：		
保險人	保險公司	保單號碼
保險人	保險公司	保單號碼

病患姓名: _____

MRN: _____

調查表	
1. 您接受照護時是伊利諾州的居民嗎？	□ 是 □ 否
2. 您是透過美國簽證居住在伊利諾州的外國人嗎？	□ 是 □ 否
a. 如是，則簽證類型為何？ _____	
3. 您在尋求適用我們急診室受照護費用的財務援助嗎？	□ 是 □ 否
4. 若您已離婚或分居，您的前配偶/伴侶是否須依照解除婚姻關係或分居協議，為您負擔醫療、照護的財務責任？	□ 不適用 □ 是 □ 否
5. 提供的治療與下列何項相關？	
□ 意外 □ 犯罪 □ 工作場所傷害 □ 其他： _____	
6. 您有針對傷害或疾病僱用律師或是追求索賠嗎？	□ 是 □ 否
a. 如是，請提供：	
_____	_____
律師姓名	律師電話號碼
7. 您已經申請 Medicaid 了嗎？(我們可能會需要您這麼做)	□ 是 - 正在等待核准 □ 是 - 不符合資格 □ 否
a. 如否，請檢查以下所有項目是否適用：	
□ 您為 19 歲以下	□ 您為 65 歲以上
□ 您正在使用藥物控制糖尿病、高血壓或癲癇	□ 社會安全局認定您為身心障礙人士
	□ 您是盲人
	□ 您目前懷孕
	□ 您有 19 歲以下同住的子女

資產	
1. 房地產 。請提供關於您主要住處外，所擁有的任何其他房產資訊 (建築及/或土地)。	
a. 扣除上述房地產的負債後，全部建築及土地的價值為何？	\$ _____ □ 不適用
i. 此房產是否用來賺取收益？ □ 是 □ 否	
b. 扣除上述房地產的負債後，土地的價值為何 (不含建築)？	\$ _____ □ 不適用
i. 此房產是否用來賺取收益？ □ 是 □ 否	
2. 銀行帳戶/投資 。請分別列出以下項目的目前總餘額。	
a. 支票/存款/信用合作社帳戶：	\$ _____ □ 不適用
b. 其他投資項目 (債券、股票等等。IRA 及/或退休帳戶除外)：	\$ _____ □ 不適用

本人於此保證，據我所知，此申請書中的資訊皆為真實且正確。為了讓我符合此醫院帳單補助的資格，我會向任何可能的州、聯邦或地方機關申請援助。我了解 NMHC 可能會驗證所提供的資訊，我也准許 NMHC 聯絡第三方來驗證此申請書中所提供資訊的正確性。本人於此表示了解，若我在知情的狀況下，在此申請書中提供不真實的資訊，亦或申請書以其他方式包含重大錯誤或疏漏，我將失去財務援助的資格，任何授予我的財務援助也可能收回，且我將為帳單的費用負責。

申請人簽名 _____

配偶/伴侶/父母/擔保人簽名(適用時) _____

日期 _____

日期 _____

請將完成的申請書及證明文件送回至：

Northwestern Memorial HealthCare
 收件人：Financial Counseling
 675 North Saint Clair, 2-110
 Chicago, IL 60611
 電話 312.926.6906 或 800.423.0523
 傳真 312.694.0447
 finapps@nm.org

病患姓名: _____

MRN: _____

財務援助需要的證明文件

請提供以下要求的文件。若未包含其中一項必要文件，則可能會延遲或拒絕您的申請。
若您無法提供文件，請提供解釋信。

主要文件：

- 稅賦文件：提供您最近的聯邦報稅單，及 W-2 或 IRS 4506-T 表格：要求報稅單副本。
- 政府發行之附照片有效證件：
 - 駕照、護照等等。
- 伊利諾州居住證明：提供至少一項以下文件。
 - 國家發行之附照片有效證件或駕照
 - 有伊利諾州地址的近期水電瓦斯費帳單
 - 伊利諾州選民登記卡
 - 目前從政府或其他可信來源寄給申請人的郵件
 - 來自遊民收容所的信件
- 收入證明：提供以下列出的所有適用文件。
 - 您最近的兩份失業救濟金支票或存根影本
 - 您最近的兩份雇主支票或存根影本
 - 您最近的兩份社會安全支票或存根影本
- 資產證明：提供您最近的兩份所有支票、存款及信用合作社帳戶明細。
- 已完成並簽名的申請書

補充/其他文件：

- 非薪資收入證明：僅在您尚未提交前一個日曆年的報稅單，或任何以下收入來源在此日曆年會與前一個日曆年不同的情況下，請提供以下適用的文件。
 - 贍養費收入明細
 - 商務收入明細
 - 退休或養老金收入明細
- 若已婚或處於民事結合中：請提供以下與您的配偶/伴侶有關的適用文件
 - 收入及非薪資收入證明 (如上所述)
 - 聯邦報稅單及 W-2 或 IRS 4506-T 表格：要求報稅單副本
 - 最近的所有支票、存款及信用合作社帳戶明細
- 補充/其他 (如適用)：
 - 若您為外國人，請提供您的護照或美國簽證影本
 - 健康保險卡 (請影印正反面)
 - Medicaid 核准/拒絕信
 - 擔保信 (亦即若您的生活費用由其他人支付)