



醫院財務援助計劃申請表
P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
電話: 470-245-9998

患者資料 美國公民 是 否

機構名字: _____

姓名: _____ 社會安全號碼#: _____ 出生日期: _____

擔保人和配偶資料 已婚 離異 分居 喪偶 單身

擔保人姓名: _____ 社會安全號碼#: _____ 與患者的關係: _____

出生日期: ____/____/____ 住家地址: _____

電話號碼: (____) _____ 其他電話號碼: (____) _____

僱主 1: _____ 地址: _____

工作#: _____ 職位: _____ 年薪或時薪: _____ 全職 兼職 待業 (請圈選一個答案)

僱主 2: _____ 地址: _____

工作#: _____ 職位: _____ 年薪或時薪: _____ 全職 兼職 待業 (請圈選一個答案)

配偶姓名: _____ 社會安全號碼#: _____ 出生日期: ____/____/____

僱主 1: _____ 地址: _____

工作#: _____ 職位: _____ 年薪或時薪: _____ 全職 兼職 待業 (請圈選一個答案)

僱主 2: _____ 地址: _____

工作#: _____ 職位: _____ 年薪或時薪: _____ 全職 兼職 待業

工作#: _____ 職位: _____ 時薪: _____ (請圈選一個答案)

法定受贍養/撫養人 (請只列出可申報在聯邦稅表的受贍養/撫養人)

姓名 (名字, 中間名, 姓氏)	出生日期 (月/日/年)	關係	
	/ /		你是否申請了醫療補助保險 (Medicaid)? 是 _____ 否 _____ 你是否具備申請 COBRA 的資格? 是 _____ 否 _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

資產與其他收入

支票帳戶餘額: \$ _____ 銀行名字: _____ 儲蓄帳戶餘額: \$ _____ 銀行名字: _____

貨幣市場餘額: \$ _____ 銀行名字: _____ 社會保險金: \$ _____ 每月養老金: \$ _____

贍養費: \$ _____ 子女撫養費: \$ _____ 存款證書: _____

其他資產, 如股票、債券等: _____ 類型: _____

你是否接收學貸退款金? 是 或 否 (請圈選一個答案) 學貸退款金額: \$ _____

你在過去 3 年內是否申請過破產? 是 或 否 (請圈選一個答案) 如選擇「是」, 請寫明日期: ____/____/____

你是否持有任何租賃財產? 是 或 否 (請圈選一個答案) 如選擇「是」, 你的月收入是多少? \$ _____

財產價值：\$ _____

Wellstar 健康系統致力於為在 Wellstar 醫院尋求醫藥幫助卻又遭遇經濟困難的患者提供財務援助。無論患者支付能力如何或者是否具備申請財務援助計劃的資格，Wellstar 都會為所有人提供緊急醫療服務。

為了確保患者具有獲得 Wellstar 醫院財務援助的資格，患者必須配合 Wellstar 的工作以確認並安排公共和私人支付計劃的替代支付來源或承保範圍。要想具備獲得財務援助的資格，您需準備以下文件：

申請資料：

提交一份真實、準確、經簽署且填寫完整的財務援助申請表，以及

所有財務援助申請者需提供下列適用的家庭收入和家庭資產證明：

根據目前的財務狀況提供下列文件：

最近三 (3) 個月的薪資存根或僱主出具的薪資總額表證明，以及最近兩 (2) 個月用於家庭支票、儲蓄、貨幣市場或其他銀行或投資帳戶的銀行對帳單

最新的 IRS Form 1040 及在過去一年發行的 IRS W-2/1099 (如適用) 以滿足 IRS Form 1040 需求

額外文件 (如適用)：

最近兩 (2) 個月所有收入的書面聲明 (如：待業補償金、殘疾人士援助金、退休金、學生貸款、社會安全局補助授予書、自僱人士當前損益表、法院指令贍養費文件、法院指令子女撫養費文件或家庭福利卡聲明 (TANF) 等)

如待業未滿 3 個月——前僱主的離職通知

如待業超過 3 個月——薪資查詢 (勞工部)

待業補償金否決信

資產價值文件，包括但不限於財產報稅表、存款證書和其他投資聲明

向患者提供收入或實物援助的繳款聲明

禁止對文件進行修改或編輯。

為處理您的申請，您需在 30 天內提交所有資料。符合 Wellstar 健康系統財務援助計劃資格的帳戶需在收到第一張出院帳單的 240 天內完成申請。如違反規定，Wellstar 將有權不處理您的財務援助計劃申請。如有疑問或想尋求幫助，您可以通過以下方式聯繫 Wellstar：

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, 傳真號碼：770-792-1737 或電話號碼：470-245-9998.

備註：

我特此請求 Wellstar 決定我是否具備獲得財務援助計劃的資格。我明白我所提交的年收入和家庭人數資料必須獲得核實。我也明白若證實我所提交的資料為虛假不實，這樣的結果將導致我失去獲得財務援助的資格。我也同意遵從任何可用於支付我 Wellstar 帳戶費用的援助計劃申請和篩選過程 (如醫療補助保險 (Medicaid)、聯邦醫療保險 (Medicare)、國家癌症補貼、職業復康服務、保險等等)。我將全力配合並採取所有必要的行動以獲得援助，並將收到的款項支付或分配給 Wellstar 費用。我同意在財務援助計劃調整後支付所有餘額。如不這樣做，這可能會導致財務援助計劃折扣的逆轉。每個擔保人都只可以提交一份完整的財務援助計劃申請表。

我特此證明和確認上述所有資料就我所知是真實且正確的。

擔保人簽名：_____ 日期：_____