



医院经济援助计划申请  
(Hospital Financial Assistance Program Application)  
P.O. Box 748733  
Atlanta, Georgia 30374  
电话号码: 470-245-9998

患者信息 美国居民:  是  否

病历编号 (Medical Record Number (MRN)): \_\_\_\_\_ 设施名称: \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_ 社保号: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

担保人和配偶信息 已婚  离婚  分居  丧偶  未婚

担保人姓名: \_\_\_\_\_ 社保号: \_\_\_\_\_ 与患者的关系: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 家庭住址: \_\_\_\_\_

电话号码: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 其他电话号码: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

雇主 1: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

工作电话: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 年薪或时薪: \_\_\_\_\_ 全职工作、兼职或失业 (圈出一个)

雇主 2: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

工作电话: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 年薪或时薪: \_\_\_\_\_ 全职工作、兼职或失业 (圈出一个)

配偶姓名: \_\_\_\_\_ 社保号: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

雇主 1: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

工作电话: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 年薪或时薪: \_\_\_\_\_ 全职工作、兼职或失业 (圈出一个)

雇主 2: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_

工作电话: \_\_\_\_\_ 职位: \_\_\_\_\_ 年薪或时薪: \_\_\_\_\_ 全职工作、兼职或失业 (圈出一个)

法定受抚养人 (仅列出可以在联邦税表上申报的受抚养人)

姓名 (名字、中间名、姓氏)	出生日期 (月/日/年)	关系	
	/ /		您是否申请过 Medicaid? 是 _____ 否 _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		您是否有资格获得 Cobra? 是 _____ 否 _____
	/ /		

资产和其他收入来源

支票账户余额: \$ \_\_\_\_\_ 银行名称: \_\_\_\_\_ 储蓄账户余额: \$ \_\_\_\_\_ 银行名称: \_\_\_\_\_

货币市场账户余额: \$ \_\_\_\_\_ 银行名称: \_\_\_\_\_ 社会保障金: \$ \_\_\_\_\_ 每月养老金: \$ \_\_\_\_\_

赡养费: \$ \_\_\_\_\_ 子女抚养费: \$ \_\_\_\_\_ 存款单: \_\_\_\_\_

任何其他资产, 即股票、债券等: 类型: \_\_\_\_\_ 价值: (\$) \_\_\_\_\_

您是否收到过助学贷款退款? 是或否 (圈出一个) 助学贷款退款金额: \$ \_\_\_\_\_

您在过去 3 年内是否申请过破产? 是或否 (圈出一个) 如果是, 请提供日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

您是否拥有任何出租物业? 是或否 (圈出一个) 如果是, 每月收入是多少? \$ \_\_\_\_\_ 房产价值: \$ \_\_\_\_\_

Wellstar Health System 致力于向在 Wellstar 医院寻求必要医疗护理但无力支付部分或全部护理费用的患者提供经济援助。Wellstar 将为所有个人提供紧急医疗服务, 无论他们是否有支付能力或是否符合我们经济援助计划的资格。

为了有资格获得 Wellstar 医院的经济援助，您必须与 Wellstar 合作，以找到和确定来自公共和私人支付计划的替代支付来源或承保范围。为了获得经济援助的资格，必须完成以下操作：

**申请信息：**

提交真实、准确、已签名且填妥的经济援助申请表；以及  
所有经济援助申请人必须提供家庭收入和家庭资产证明，具体适用文件如下：

过去一年内签发的最新国税局 (Internal Revenue Service, IRS) 1040 表，以及匹配 IRS 1040 表的 IRS W-2/1099 表（如适用）

**根据当前财务状况提供以下文件：**

- 提供最近三个 (3) 个月的工资单或雇主出具的工资总额证明声明，以及家庭每个支票、储蓄、货币市场或其他银行或投资账户最近两个 (2) 个月的银行对账单。提供所有页面，包括空白页。或者
- 过去一年内签发的 IRS 1040 表，以及匹配 IRS 1040 表的 IRS W-2/1099 表（如适用）。

**其他文件（如适用）**

- 最近两个 (2) 个月的所有其他收入的书面声明（例如，失业补偿、残疾金、退休金、学生贷款、社会保障办公室的裁定函、所有自雇申请人的当前损益报告、法院命令的赡养费文件、法院命令的子女抚养费文件或家庭福利卡活动声明 (Benefit Card Activity Statement, TANF) 等）
- 如果失业时间不到 3 个月——前雇主出具的离职通知
- 如果失业时间超过 3 个月——工资调查表（劳工部）
- 失业补偿拒绝信
- 资产价值文件，包括但不限于财产税报表、存款单和其他投资报表
- 向患者提供收入或实物援助的个人的捐助声明
- 不允许对文件进行任何修改或删除

Wellstar 必须在 30 天内收到此信息，才能处理您的申请。根据 Wellstar Health System 的经济援助计划规定，有资格获得经济援助审查的账户必须在第一个出院后账单日期后的 240 天内提交填妥的申请表。如果不遵守此要求，Wellstar 保留不处理您的经济援助计划申请的权利。如果您对此申请有疑问或需要帮助，可以通过以下方式联系 Wellstar：

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, 传真号码：770-792-1737 或电话号码：470-245-9998

**评论：**

本人特此请求 Wellstar 确定本人参与其经济援助计划的资格。本人了解，本人提交的有关本人的年收入和家庭人数的信息必须经过核实。本人还了解，如果本人提交的信息被认定为虚假信息，则将导致本人失去获得经济援助的资格。本人还同意遵守任何可用于支付本人 Wellstar 账户费用的援助（即 Medicaid、Medicare、国家援助（针对癌症）、职业康复、保险等）的申请和筛选流程。本人将全力配合采取一切必要措施以获得此类援助，并将向 Wellstar 转让或支付追回的 Wellstar 费用。本人同意支付经济援助计划调整后的所有剩余金额，否则可能会导致任何经济援助计划折扣被撤销。每个担保人均需提供一份填妥的经济援助计划申请表。

本人确认，据本人所知，以上信息真实、正确。

担保人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

## 可以代替所要求文件的情形和附加文件：

- 如果本年度收入低于纳税申报单上的收入，请提供两个月的银行对账单（不可省略任何页面）和三个月的工资单，以代替纳税申报单

如果无法提供最新的联邦所得税申报表（包括所有 W-2、1099 表和任何附表）的副本，请提供以下其中两份文件：

- 提供最近三个 (3) 个月的工资单（或失业证明），以及提供所有支票、储蓄、货币市场账户的两 (2) 份当前银行对账单（不可省略任何页面）。
  - 如果银行账户中还有额外的存款，还需要提供这些存款的证明文件。
    - 对于赠与或借来的钱，需要提供赠与人或贷款人的来信。
    - 对于继承的财产，需要提供继承金额的遗嘱认证书。
    - 对于 IRA、401k 或其他退休账户的分配或股票/债券的销售，需要提供可以验证分配金额的账户声明。
    - 对于人寿保险贷款，需要提供显示其分配情况的账户报表。
    - 对于汽车销售，需要提供销售单据的副本。
    - 对于子女抚养费，需要提供离婚判决书的副本，其中需注明规定的子女抚养费。
    - 对于无法提供工资单的工作，需要雇主（即使是朋友或家人）出具的信函，说明工资金额和发薪频率。
  - 如果您在过去 3 个月内没有任何收入，请提供帮助您的人出具的支持信以及劳工部出具的工资调查表（如果您有社保号）。
- 其他情况：
- 患者与其子女一起生活，且子女在自己的纳税申报单上申报患者为自己的父母。
    - 请提供您的银行对账单、工资单和支持信。
  - 患者为无家可归人士。
    - 请提供工资调查表或
    - 如果您以现金形式领取报酬，那么我们需要您的收入声明以及与您同住的人的支持信。
  - 患者/申请人未满二十一岁，并在他人的纳税申报单上被列为受抚养人。
    - 请提供您父母的纳税申报表、W-2 表、1099 表，包括所有附表。
    - 如果父母没有报税，请提供父母的银行对账单和工资单。