



WellStar Health System

医院财务援助计划申请

修改日期: 2016 年 6 月 21 日

LD-24-01-JA4D Chinese (Simplified) Rev 6/16

P.O. Box 670747
Marietta, Georgia 30066
电话: 770-792-1791

患者信息 美国居民 是 否

账号: _____ 公司: _____
名称: _____ 社会安全号码: _____ 出生日期: _____

保证人和配偶信息 已婚 离异 分居 丧偶

名称: _____ 社会安全号码: _____ 与患者的关系: _____
出生日期: ____/____/____ 家庭住址: _____
电话号码: (____) _____ 其它电话: (____) _____
雇主: _____ 地址: _____
工作电话: _____ 职务: _____ 年薪或月薪: _____ 全职或兼职工作 (圈选一项)
配偶姓名: _____ 社会安全号码: _____ 出生日期: ____/____/____
雇主: _____ 地址: _____
工作电话: _____ 职务: _____ 年薪或月薪: _____ 全职或兼职工作 (圈选一项)

法定受抚养人 (仅列出能够在您的联邦税单上申报的受抚养人)

| 姓名 (名、中间名、姓) | 出生日期 (月/日/年) | 关系 |
|--------------|--------------|----|
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |

您是否已申请医疗补助 (Medicaid)?
是 否

您是否符合 Cobra 的资格条件?
是 否

资产及其它收入来源

支票账户余额 \$ _____ 开户行名称: _____ 储蓄账户余额 \$ _____ 开户行名称: _____

每月养老金 \$ _____ 社会安全: \$ _____ 个人退休账户 (IRA) \$ _____ 定期存单 \$ _____ 子女抚养费 \$ _____

您是否收到学生贷款退款? 是或否 (圈选一项) 学生退款 \$ _____

赡养费 \$ _____ 土地所有人: 是或否 (圈选一项) 价值 \$ _____ 任何其它资产, 即股票、债券、401K \$ _____

您是否拥有出租物业? 是或否 (圈选一项) 若选择“是”, 每月收入: \$ _____ 物业价值? \$ _____

过去 3 年内是否曾经申请破产? 是或否 (圈选一项) 如果是, 注明日期: ____/____/____

是否拥有股票或债券? 是或否 (圈选一项) 若选择“是”, 其价值? \$ _____

WellStar 健康系统致力于向那些在 WellStar 医院寻求必要医疗服务，但只有有限的或根本没有能力支付医疗费用的患者提供资助。

WellStar 将向所有个人提供急救医疗，无论其是否能够提供费用或是否符合财务援助计划的资格条件。

为了符合 WellStar 医院的资助资格，必须与 WellStar 合作以查明和确定其它支付来源或者由公共和私营医疗保险计划提供的承保范围。

为了符合资助资格，必须提供以下信息：

申请信息：

- 提交一份真实、准确、完整填写并签字的资助申请表；以及
- 所有资助申请人必须通过提交以下任何或全部适用的信息，以提供家庭收入和家庭资产证明：

若无法提供最新的联邦所得税报税单，则提供以下任何或全部信息：

- 提供最近三（3）个月的工资单，或者由雇主提供的证明工资总额的声明；或者
- 去年签发的IRS W-2表；或者
- 最新的IRS 1040表；或者
- 每个支票账户、储蓄账户、货币市场或其它银行或投资账户最近两（2）个月的银行对账单；或者
- 所有其它收入（例如失业补偿金、残疾补偿金、退休金、学生贷款、社会安全办公室出具的补偿金授予信、所有自营职业申请人最近的损益报表、赡养费证明文件、子女抚养费证明文件等）最近两（2）个月的书面报表；或者
- 失业补偿金拒绝信；或者
- 资产价值的证明文件，包括但不限于物业税单、定期存单、401k、403b、个人退休账户 (IRA)及其它投资证明；或者
- 向患者捐赠收入或实物援助的个人出具的捐赠声明。

为处理您的申请，必须取得以上信息。如果您从出院后账单结算日起的240天内未能提交以上信息，WellStar有权不批准您的财务援助计划申请。如果您有本申请相关的问题或需要帮助，可以通过以下方式联系WellStar：

地址：SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067，或者电话号码：678-838-5750。

备注：

本人特此请求 WellStar 认定我是否符合财务援助计划的资格条件。本人理解：以上提交的关于我的年收入和家庭人数的信息必须经过审核。本人还理解如果我提交的信息被认定为虚假信息，该认定将使我的资助资格被拒。本人进一步同意申请可用于支付我的 WellStar 医疗费用的任何资助（即医疗补助 (Medicaid)、联邦医疗保险 (Medicare)、州政府资助（癌症治疗）、职业康复、保险等）。本人将全面配合采取各种必要措施，以取得以上资助，并且向 WellStar 分配或支付 WellStar 医疗费用。本人同意支付作出财务援助计划调整后的任何余额。未实施以上行为可能导致任何财务援助计划账户被撤销。每个保证人须填写一份财务援助计划申请表。

本人确认：据本人所知，以上信息真实、准确。

保证人签字： _____ 日期： _____
