

## 申请文件

### 收入和资源证明

您申请时必须提供如下信息的副本。不这样做将导致您的申请延迟或可能遭到拒绝。

1. 身份证明..... 当前驾照、DPS 身份证、选民登记卡、外国人登记卡或暂住证。
2. 您家中每个人的社保号/卡。
3. 最近活期账户、储蓄账户和合作银行对账单。
4. 股票、债券、现钞或 CD 的证明。
5. 至少 四张您最近支票存根或由您的雇主填写完成的就业核查表。
6. 经援通知信或其他收入证明，比如，社保、SSI、失业、工人赔偿、退休和子女抚养费。
7. 租金收据或抵押收据。
8. 汽车付款收据。
9. 水电费收据
10. 任何其他的每月费用收据（即未付医疗账单、处方药物收据、日托费用收据、杂货店收据、汽油费收据、学费收据等。）



请用正楷书写

申请人姓名（姓、名）	家里的电话号码	手机号码	工作电话号码
邮寄地址（街道、邮政信箱或 RFD）	城市	州	邮编
家庭地址（如果与邮寄地址不同）			
请选择您所需要的医疗援助类型：			
<input type="checkbox"/> 郡贫困卫生保健 (CIHCP)	<input type="checkbox"/> 孕产妇和婴儿保健 (MIHIA)	<input type="checkbox"/> 初级卫生保健	

我需要医疗护理且无钱支付它。

我有我无法支付的医疗账单。

我是孕妇，已经被转诊。

是谁转诊您的？			
<input type="checkbox"/> 医生	<input type="checkbox"/> 公共卫生诊所	<input type="checkbox"/> 社区健康中心	<input type="checkbox"/> 认证的护士助产士
<input type="checkbox"/> 社会工作者	<input type="checkbox"/> 设施（医院）	<input type="checkbox"/> 其他（具体指明）：	<input type="checkbox"/> 非正规助产士

回答每一个问题。如果问题不适用，写下“不适用”。该申请应该由申请人或为申请人填写完成。

1. 为每一名与您生活在一起的人填写所有空白处，无论您是否将他们视为您的家庭成员。

	姓名		是您的什么亲属	出生日期			性别	种族 *	已婚		在上学		社保号码
	姓	名 中间名		年	月	日			是	否	是	否	
(a)			自我										
(b)													
(c)													
(d)													
(e)													
(f)													
(g)													
(h)													
(i)													

\* 种族信息是自愿填写的，要求确保不分种族、肤色或民族出身提供福利。它不会影响您的资格或利益水平。

2. 给出您的家庭居住的郡和州（您家庭所在地）.....

郡	州
---	---

3. 所列出的希望获得医疗援助计划的所有人打算居住在该郡和州吗? .....  是  否

医院慈善援助申请  
第 2 页

4. 和您生活在一起的人接受过来自如下来源的福利吗（为每类计划选择“是”或“否”）：

AFDC <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	SSI <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	食品券 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	社保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Medicaid <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	WIC <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---	--	--	---	---	--

5. 您或任何与您生活在一起的人有工作吗（包括按日计酬工作、保姆等），或你们中的任何人接受过一份工作的培训吗？  是  否  
如果为“是”，请为每位培训中或雇佣中的人（包括自我雇佣）填写空白处：

提供正在工作或在培训中的人的姓名	提供培训处雇主的姓名和地址	每周工时数		多久收到一次工资？					工资总额 (扣税前)
		常规	加班	*1	*2	*3	*4	*5	

\*1 = 每天 \*2 = 每周 1 次 \*3 = 每两周 1 次 \*4 = 每月 2 次 \*5 = 每月 1 次

6. 您或您家庭中的其他任何人是否会收到来自以下来源的款项？（选择“是”或“否”）：

	是	否
社保		
补充保障收入 (SSI)		
老兵援助和/或退休金		
铁路退休金		
其他退休金或养老金		
福利支票 (AFDC)		
来自父母、亲戚、朋友或他人的现金、礼品或捐赠		
失业救济支票		
工人补偿		
来自私人保险的付款		
联盟福利 (包括罢工福利)		
军事拨款		
出租房屋或公寓所得款项		
来自居住在您房屋内的室友或寄宿者的款项		

	是	否
孩子的抚养费 and/或赡养费		
股票和债券的股息		
储蓄账户或存款凭证的利息		
石油、天然气或矿物租借费或矿区土地使用费		
来自其他私人或公共福利机构的款项		
来自农场的款项 (包括牧场租赁费、ASC 付款、牲畜或其他相关款项)		
其他款项 (包括提供给您的贷款和任何收到的一次性付款)		
教育助学贷款、助学金或奖学金		
列出其他收入：		

如果您对任何上述 6 项问题回答为“是”，请填写以下信息：

收到款项的人员姓名	谁提供该款项	如果是社保，请填写入索赔号	收到的金额	收到款项的频率

医院慈善援助申请  
第 3 页

7. 在过去的四个月中，您或您希望为其申请援助的家庭成员接受了尚未付款的医疗服务吗？ .....  是  否
8. 您预期在未来六个月期间有任何医疗费用吗？ .....  是  否
9. 您或您家庭中的任何人现在有任何私人健康保险保障吗？ .....  是  否  
如果回答为“是”，请填写完成如下有关私人健康保险的项目。

保险公司名称		保险单编号	组号	保单持有人姓名
保险公司地址			与雇佣相关吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果为“是”，雇主的名称
开始保障日期	结束保障日期	此政策保障的人员的姓名		

10. 您或与您生活在一起的人在过去 6 个月有任何健康保险政策的保障，而现在您已经不再受到保障，有这样的情况吗？ .....  是  否
- 如果回答为“是”，请填写如下内容：

保险公司名称		保险单编号	组号	保单持有人姓名
保险公司地址			与雇佣相关吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果为“是”，雇主的名称
开始保障日期	结束保障日期	此政策保障的人员的姓名		

11. 在下面列出您每月的开支：

	金额	收到账单的频率	上次付款的日期
租金或房屋付款			
税收、特别摊款			
家庭保险付款			
电话			
水电等费用（煤气、电等）。			
食品			
记账户头			
医疗费用			
贷款			
其他（具体指明）：			

12. 您或您家庭的其他任何人对其人付费来照顾一名儿童或一名残疾人或老人，以便您可以工作或获得培训吗？ .....  是  否

谁提供了服务？	提供服务的频率？	花费多少费用？
提供照顾者的地址：		电话号码

医院慈善援助申请  
第 4 页

13. 您或与您生活在一起的任何人有如下资产吗（如果为“是”，给出价值）：

	是	否	价值		是	否	价值
A. 储蓄帐户或信用联盟帐户				J. 汽车、卡车、摩托车、小船 和其他交通工具			
B. 支票帐户							
C. 现金							
D. 股票、债券等。							
E. 石油、矿物所有权							
F. 人寿保险（面值）							
G. 丧葬保险（面值）							
H. 地产（房地产）							
I. 牲畜							

列出每一辆交通工具的年份、品牌和型号

年份	品牌	型号

14. 您或与您生活在一起的人拥有或您在购买任何未列出的东西吗？.....  是  否  
如果为“是”，在下面列出它们（不要列出家居用品，比如，家具或家电或个人物品，比如，首饰或衣服）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. 您或您的家庭成员在过去的两年中售出、交换或赠送了任何有价值的物品吗？.....  是  否  
如果为“是”，在下面列出它们（不要列出家居用品，比如，家具或家电或个人物品，比如，首饰或衣服）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. 如果有人帮助您填写这张表格，给出他的名字和地址：

姓名	地址（省/自治区，城市，街道，邮编）	电话号码
----	--------------------	------

17. 给在紧急情况下联系的亲属或朋友的姓名和地址：

姓名	地址（省/自治区，城市，街道，邮编）	电话号码
----	--------------------	------

尽我所知，我对所有问题的回答和我做出的陈述均是真实和正确的。

我同意给予医院符合资格的工作人员任何信息，以证明关于我获得慈善护理资格的陈述。我将与医院工作人员充分配合，获取来自任何来源的信息，以证明我做出的陈述。

已经告知我，而且我也已经理解，我未能完成规定的义务可能会被视为故意隐瞒信息，可能导致通过重新付款而挽回任何损失，或对我提出刑事或民事诉讼。

我证明我在申请卫理公会健康系统救济护理政策下的服务。我，或负责照顾我的人，财务上无力支付必要服务的所有费用。

我同意在 14 天内报告如下项目任何改变：

收入、资源、与我居住在一起的人的数量、地址、其他可能会影响我医疗援助资格的情况。

已经告知我，而且我也已经理解对该申请的考量不分种族、肤色、宗教、信条、民族血统、年龄、性别、残疾或政治信仰。

**在您签名之前，确保每个回答都是完整和正确的**

_____ 申请人签名	_____ 日期	_____ 配偶签名	_____ 日期
_____ 见证人签名	_____ 日期		