



LOYOLA
MEDICINE

LOYOLA MEDICINE 经济援助申请表

感谢您选择 Loyola Medicine 接受医疗服务。为了帮助我们判定您是否符合接受经济援助的资格，请填写并提交本申请表，同时附上申请表中所列文件的复印件。

- **重要提示：**您可能符合资格获得免费或优惠的医疗服务：填写本申请表将有助于 Loyola Medicine 确定您是否符合条件，从而获得免费或优惠的医疗服务，或享受其他有助于支付医疗费用的公共援助项目。请将本申请表提交至医院。
- **如果您未投保（无医疗保险），则无需提供社会安全号码即可申请免费或优惠的医疗服务。**但是，某些公共援助项目（包括 Medicaid）确实要求提供社会安全号码。虽然并非强制要求提供社会安全号码，但若您提供该号码，将有助于医院判定您是否符合任何公共援助项目的申请资格。
- 请在出院之日或接受门诊治疗之日起的二百四十（**240**）天内，填写并以亲自递交、邮寄、电子邮件或传真的方式将本申请表提交至医院，以此申请免费或优惠的医疗服务。
- **患者确认：**本人已本着诚实信用的原则，尽力提供了本申请表所要求的所有信息，以协助医院判定本人是否符合获得经济援助的资格。
- **资产：**在判定患者是否符合医院经济援助的资格时，Loyola Medicine 不会将资产状况纳入考量。因此，您无需在本申请表中披露您的资产信息。
- **注：推定资格认定通知**

依据伊利诺伊州法律所允许的“推定资格认定”方法，患者即使未填写本申请表，也可能被认定符合获得经济援助的资格。

无保险患者的收入证明仅限于下列各项中的任意一项（1）：

(A) ☐ 最新纳税申报表及附表复印件

(B) ☐ 最新 W-2 表格和 1099 表格复印件

(C) ☐ 最近两份工资单复印件

(D) ☐ 如以现金支付，需提供雇主出具的书面收入证明

(E) ☐ 医院认可的其他合理第三方收入证明

请提供以下信息（如适用）：

☐ [季节性收入的近期 W-2 表格] ☐ [失业救济金/社会保障金] ☐ [子女抚养费/赡养费]

☐ [无收入 - 请填写申请表中的财务支持信部分]

患者信息

[患者姓名]

[出生日期]

[社会安全号码/雇主识别号码（可选）]

[手机号码]

[其他电话]

[邮寄地址]

[城市]

[州]

[邮政编码]

[电子邮件地址]

[您是哪个州的居民?]

[婚姻状况（可选）] ☐[未婚] ☐[已婚] ☐[离异] ☐[其他] _____

[您是否申报联邦所得税?] ☐ [是] ☐ [否]
 [如果否, 原因是什么?]

[您是否可以作为受抚养人被列入他人的纳税申报表中?]
☐ [是] ☐ [否]

☐ [是] ☐ [否]

[在接受服务时，您或您的受抚养人是否拥有健康保险？] ☐[是] ☐[否] [(请提供保险卡复印件)]

[家庭成员（含您本人，基于您近期的纳税申报表）]

[出生日期]

[与患者的关系]

[是否列入纳税申报表 (是/否)]	

[illegible]

[每月支出：列出家庭每月各项支出]					
☐ 房租或房贷			☐ 水电煤气费		
☐ 伙食费			☐ 子女抚养费/配偶赡养费（已付）		
☐ 交通费			☐ 购车贷款		
☐ 托儿/被抚养人照料费			☐ 其他		
每月支出总额: _____					
[所有家庭成员的收入核实]					
[月收入来源]	[领取人?]	[月总收入（税前）]	[月收入来源]	[领取人?]	[月总收入（税前）]
[社会保障/残疾津贴]			[工伤赔偿]		
[养老金]			[失业救济金]		
[自营职业收入]			[子女抚养费/配偶赡养费]		
[公共援助]			[房产/土地租赁收入]		
[其他]					
[经济支持函 - 仅限提供支持者填写]					
☐ [我承担患者超过 50% 的生活费用，但无法承担医疗费用。]					
☐ [签署此函，即表示我确认以上声明属实，且本人不承担患者任何医疗费用。如有任何疑问，请联系我： _____（电话号码）]					
[提供支持者姓名]			[与患者的关系]		
[提供支持者签名]			[日期]		

[收入和身份核实]

[我保证本申请中所列信息均属实且完整。我将申请任何我可能符合条件的州、联邦或地方政府援助，以帮助支付此次住院费用。我理解医院可能会核实所提供的信息，并授权医院联系第三方以核实本申请中所提供信息的准确性。我理解，如果我故意在本申请中提供虚假信息，我将失去获得经济援助的资格，已授予我的任何经济援助都可能被撤销，并且我将承担支付住院费用的责任。我理解所提供的信息需接受核实。如果上述信息系以虚假陈述提供，我将负责偿还Trinity Health附属机构提供的所有服务费用。]

[患者签名]: _____

[日期]: _____

[或法定监护人签名（如适用）]: _____

[日期]: _____

[与患者的关系]: _____

[日期]: _____

[请将您的申请邮寄至上述地址，传真至312-871-3350，或通过MyChart（患者门户）上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>。如有任何疑问，请于周一至周五上午9点至下午5点致电我们的客户服务中心866-404-9382（美国东部时间）。]

如果您对经济援助申请流程或无保险折扣有任何疑问或投诉，可以向伊利诺伊州总检察长医疗保健局报告，电话：1-877-305-5145，网址：<https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>