

保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

请填写并签署申请表，并在 10 天内连同以下材料的复印件一并寄回：

所需证明

- 过去一个月的总收入证明
- 过去两个月所有银行账户的完整银行对账单，包括所有页面（对定期存款的说明）
- 最近的报税表（1040 表格及附表 C、E 或 F）或三个月的损益表（自营职业者/受抚养人）

如适用，请提供以下材料

- 最近的季节性收入
- 失业救济金/拒绝函
- 儿童抚养收入/赡养费
- 无收入 - 填写申请表中的“资助信”部分

患者信息

患者姓名		出生日期	
社会保障号/EIN（可选）	移动电话	其他电话	
通信地址	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 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 [Married] <input type="checkbox"/> 离异 [Divorced] <input type="checkbox"/> 其他 [Other] _____			
您是否提交联邦报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“否”，为什么	您能否在其他人的报税表中被列为受抚养人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您或您的受抚养人在接受服务时是否有医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（请提供保险卡复印件）			
您是有合法证件的美国居民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不愿回答			
根据您最近的纳税申报表，包括您本人在内的家庭成员	出生日期	与患者的关系	是否在报税表中申报（是/否）

保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

所有家庭成员的收入证明					
月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)	月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)
工资			工伤赔偿		
社会保障/残疾			失业		
养老金			子女抚养费/赡养费		
自营职业			地产出租收入		
公共援助			其他 [

资助信 - 仅应由资助者填写

我为患者提供 50% 以上的生活费用，但我无法帮助支付医疗账单。

通过签署此信函，本人确认上述声明正确无误，并且本人绝不承担患者的账单费用。如有疑问，请与我联系：_____ (电话号码)

资助者姓名	与患者的关系
资助者签名	日期

收入和身份核实 [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

我确认，据我所知，本申请表中所列的信息均真实和完整。我理解，提供的信息需要核实。如果上述信息以虚假借口提供，我将负责偿付在 Trinity Health 关联机构提供的任何服务。

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：_____

请将申请表邮寄至上述地址，或传真至 312-871-3350，或通过 MyChart（患者门户网站）上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> 如果您有任何疑问，请在周一至周五上午 9 点至下午 5 点（美国东部时间）拨打 800-494-5797 联系我们的客户服务中心。