

经济援助申请表

患者姓名: _____ CPI 号: _____ 日期: _____

申请人姓名: _____ 与患者的关系: _____

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编号: _____

电话: _____

您的访问是否与事故或伤害有关? _____ 如果是, 属于什么类型 _____

列出每个来源的家庭成员、出生日期、关系和收入; 说明收入是周收入、月收入还是年收入:

姓名	出生日期	关系	总收入 (周/月/日)

月收入总额减去开支总额: \$ _____

您是否拥有自己的房产? 是 否 如果是, 估值多少? \$ _____

您是否拥有其它不动产? 是 否 如果是, 估值多少? \$ _____

您是否接受SNAP/food stamps? 是 否

您是否拥有下列其它资产? 是 否 如果是, 请在下面列出。

汽车			支票/储蓄/投资	
制造商	年份	价值\$	银行	价值\$
制造商	年份	价值\$	银行	价值\$
制造商	年份	价值\$	其它	价值\$

适用时, 必须提供以下所列之文件 (参见说明)。请将这些文件纳入您的申请表中。

- ✓ 最近的工资条副本 (含以上所列之所有家庭成员的年度总收入)。
- ✓ 最近的联邦所得税申报表副本, 包括所有计划表。
- ✓ 被列为其它收入的收入证明。

本人保证, 据本人所知, 以上所有信息均属真实且完整。本人授权发布所需信息, 以确定本人是否有资格获得经济援助或其它联邦/州资助计划, 包括核实本人的收入和资产。本人在此授予佐治亚州卫生部的代理人披露本人医疗补助申请表的所有有关信息。

本人理解, 本人提交的信息需要进行验证 (包括信用报告机构以及其他必要的机构的验证)。

 申请人签名

 日期

经济援助申请表

奥古斯塔大学医疗系统为遇到经济困难且无法支付其医疗费用的患者和家庭提供经济援助计划。对于符合条件的患者，经济援助折扣可能有助于提供必要的医疗服务。只需填写经济援助申请表，附上文件副本以核实您的收入，并通过以下方式将其发回：

邮寄：

奥古斯塔大学医疗中心
收件人：患者核算科
1120 15th Street HS 1331
Augusta, GA 30912

传真：

(706)721-9097

来函问询：

致电客服
(706)721-2961

请将以下文件纳入您的经济援助申请表中：

- 提供其最近填写且已签字的 1040A、1040EZ 或 1040 联邦所得税申报表副本
- 最近三（3）个月的工资条副本（含所有家庭成员年初至今的总收入）。

如果患者（或责任方）去年未报税，或者收入情况发生变化，则患者应**至少**提供以下一份文件的副本，用来核实家庭**总收入**（扣除费之前）：

- 能够显示赡养费、子女抚养费、租金收入、利息、股息、定期支持性付款、房产或信托收入的副本或声明；
- 雇主用公司信笺出具的能够说明每天的总收入和每天的总工作小时的标明日期且经签署的信函
- 显示养老金、社保、退伍军人福利、公共援助的支票或报表副本。* 家庭成员收到的 Temporary Assistance Needy Families（临时援助贫困家庭，简称“TANF”）收入或社保（SSI）收入不包括在内，不会计入**家庭总收入**。
- 显示联邦政府的社保和退伍军人福利的“电子存款”副本
- 工人赔偿或失业的声明
- Food Stamps（食品券）摘要副本
- 家庭和儿童服务部或社会保障办公室出具的收入核实函

请及时返回您的收入核证文件，以完成您的经济援助申请。如果您未完成经济援助流程，则您将需要支付未支付的医疗费余额。如果您有任何疑问，请致电 (706)721-2961 联系我院客服部。

文档发送至：Patient Accounting Department 1120 15 St., HS 1331 Augusta GA 30912.（佐治亚州奥古斯塔患者核算科）