

经济援助申请表

重要事项：您可能有资格享受免费或折扣价护理：填写此申请表将帮助 UChicago Medicine AdventHealth (UCM-AH) 确定您是否有资格享受免费或折扣价服务，或者可能有资格享受公共计划以帮助您支付医疗费用。请将此申请表提交给 UCM-AH。

如果您没有医疗保险，则无需社会保障号码即可获得免费或折扣价护理的资格。不过，包括医疗补助 (Medicaid) 在内的一些公共计划要求提供社会保障号码。您无需提供社会保障号码，但社会保障号码将帮助我们确定您是否有资格参加任何公共计划。

请填写此表，并在您出院或接受门诊护理之日起 240 天内亲自、通过邮寄或电子邮件提交给我们，以申请免费或折扣价护理。

患者确认，其已真诚地努力提供申请表中要求的所有信息，以协助 UCM-AH 确定相关患者是否有资格获得经济援助。

说明：除非另有说明，所有栏目均必须填写。

病历号： _____

患者信息

姓氏, 名字

出生日期

街道地址

城市, 州, 邮编

社会保障号码 (可选)

电子邮件地址

家庭电话号码

备用电话号码

种族 (可选 – 亚裔、黑人、混血儿、白人等)

族裔 (可选 – 非西班牙裔、古巴裔、墨西哥裔等)

法定性别 (男/女/不详)

首选语言

就业状态

雇主名称

雇主街道地址

经济援助申请表

雇主所在城市, 雇主所在州, 雇主邮编, 雇主电话号码

患者在接受护理时是否是伊利诺伊州居民? ☐ 是 ☐ 否

您是否是事故或犯罪的受害者? ☐ 是 ☐ 否

患者是否享有以下任何项目: 健康保险、Medicare、Medicare D 部分、Medicare 补充保险、Medicaid 和/或退伍军人福利? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 具体是哪一项? 保单/会员号码是: _____

如果离婚或分居, 除了患者之外, 是否有其他人根据前配偶/伴侣/解除关系程序承担医疗费用? (需提供文件) ☐ 是 ☐ 否

担保人信息

姓氏, 名字

出生日期

街道地址

城市, 州, 邮编

社会保障号码 (可选)

电话号码

就业状态

雇主名称

雇主街道地址

雇主所在城市, 雇主所在州, 雇主邮编, 雇主电话号码

收入来源 (例如工资、自营职业、失业补偿、社会保障、社会保障残疾、退伍军人养老金、退伍军人残疾、私人残疾、工伤赔偿、贫困家庭临时援助、退休收入、子女抚养费、赡养费或其他配偶赡养费、其他收入)

过去 12 个月家庭每月总收入

患者家庭/住户人数

经济援助申请表

如果收入为 0 美元，请选择以下其中一项:

- ☐ 残障 ☐ 与亲戚同住 ☐ 无家可归
☐ 已退休 ☐ 与朋友同住 ☐ 失业

受抚养人数

受抚养人年龄

家庭交通工具，包括汽车/船/房车

支票/储蓄账户余额

拥有的房地产和价值

股票/存单/共同基金

健康储蓄/灵活开支账户

每月开支/预计开支信息

A 部分 – 推定资格

有关推定资格标准的信息请参阅下表。如果患者或其家庭单位符合下列任何一项标准，则无需 B 部分所要求的信息。如果患者或其家庭单位不符合下列任何一项推定资格标准，请继续填写 B 部分。如果不符合推定资格标准且 B 部分不完整，则此申请表的“每月开支/预计开支信息”部分将被视为不完整。

标准	注明答案	需提供支持信息
妇女、婴儿和儿童营养计划 (WIC)	☐ 是 ☐ 否	证明患者符合资格的文件
补充营养援助计划 (SNAP)	☐ 是 ☐ 否	
伊利诺伊州免费午餐和早餐计划	☐ 是 ☐ 否	
低收入家庭能源援助计划 (ILHEAP)	☐ 是 ☐ 否	
医疗服务补助金 注明计划名称: _____	☐ 是 ☐ 否	
提供医疗服务的社区计划 注明计划名称: _____	☐ 是 ☐ 否	计划确认资格的信函
Medicaid 资格，但不适用于接受服务当日或非承保服务	☐ 是 ☐ 否	无需额外文件。
个人破产	☐ 是 ☐ 否	案件编号: _____ 出院日期: _____
精神失常且无人代表患者行事	☐ 是 ☐ 否	患者医生或家属的书面声明
去世时无遗产	☐ 是 ☐ 否	患者死亡证明复印件
被监禁	☐ 是 ☐ 否	无需额外文件。
无家可归	☐ 是 ☐ 否	庇护所地址 _____ 庇护所电话号码 _____

经济援助申请表

B 部分 – 要求提供的详细信息

住房	公用事业
_____	_____
食物	交通
_____	_____
儿童照顾	贷款
_____	_____
医疗费	其他费用
_____	_____

患者证明及签名

本人保证，本申请表中的信息据本人所知真实无误。本人将申请可能符合资格的任何州、联邦或地方援助，以帮助我支付此医院账单。本人理解，本申请表提供的信息可能会由医院核实，并且本人授权 UCM-AH 联系第三方以核实所提供信息的准确性。本人理解，如果在本申请表中故意提供不真实的信息，我将失去获得经济援助的资格，已经批准的任何经济援助都可能被取消，并且我将负责支付账单。

患者或申请人签名

填写日期

如何提交申请

	UChicago Medicine AdventHealth Bolingbrook	UChicago Medicine AdventHealth GlenOaks	UChicago Medicine AdventHealth Hinsdale	UChicago Medicine AdventHealth La Grange
亲自	500 Remington Boulevard Bolingbrook, IL 60440	701 Winthrop Avenue Glendale Heights, IL 60139	120 North Oak Street Hinsdale, IL 60521	5101 South Willow Springs Road La Grange, IL 60525
普通邮件	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193			
电子邮件	Financialassist@medsrv.co (电子邮件地址中句号后只能有两个字母)			
患者门户	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App			
有疑问?	800-462-0490			

可就无保险患者折扣申请程序或医院经济援助程序，向伊利诺伊州总检察长下属的医疗保健局 (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) 提交投诉或疑虑。医疗保健局 (Health Care Bureau) 的免费热线是 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)。还可以在伊利诺伊州总检察长办公室 (Office of the Illinois Attorney General) 网站 <https://illinoisattorneygeneral.gov/> 的“提交医疗投诉 (Filing a Health Care Complaint)”部分获取医疗投诉的电子表格。