

犹他州、爱达荷州和内华达州拿州 机构经济援助申请

请将资料发回至：
 邮寄地址：Financial Assistance
 PO Box 27327
 Salt Lake City, Utah 84127
 传真：385-831-2890
 电子邮件：financial.assistance@r1rcm.com

表格填写说明：

请完整填写本表格，并将所有必需的文件发回给您接受护理的 Intermountain 机构或上方列出的联系方式之一，以便处理您的申请。您也可以通过 MyChart 在线申请。如果未完成申请流程，将不会获得经济援助。

请提交以下文件：

1. 经济援助申请：完整填写、签名并注明日期。
2. 当前家庭收入核实情况如下。

账号 _____	当前家庭人数 _____	是否无家可归？ 是___ 否___	您是科罗拉多州居民吗？ 是___ 否___
-------------	-----------------	----------------------	--------------------------

名和姓 _____	社会 保障号码 _____	出生 日期 _____
--------------	---------------------	-------------------

婚姻状况：_____ 电子邮件：_____ 家庭电话：_____ 手机：_____

地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

雇主名称：_____ 工作电话：_____

您在该雇主这里已经工作多长时间了？_____年_____个月

发薪频率（请注明） 每周一次_____ 每两周一次_____ 每月两次_____ 每月一次_____

您在这个地址住了多长时间？_____年_____个月 如果不足三个月，请列出地址：

地址	城市	州	邮编	起（月/年）	止（月/年）

配偶 姓名 _____	配偶社会 保障号码 _____	配偶 出生日期 _____
-------------------	-----------------------	---------------------

配偶家庭电话：_____ 配偶手机：_____

配偶雇主名称：_____ 工作电话：_____

您在该雇主这里已经工作多长时间了？_____年_____个月

发薪频率（请注明） 每周一次_____ 每两周一次_____ 每月两次_____ 每月一次_____

其他家庭成员/受抚养人。请在单独的表格上添加任何其他受抚养人。

名和姓	出生日期	社会保障号码	关系

当前家庭月收入

类型	患者数额	配偶数额	其他成人 家庭成员	所需的收入核实类型
就业收入（总额）	\$	\$	\$	最近或上一次的工资单副本或雇主出具的说明上个月或当月总收入的信件
自营职业收入（总额）	\$	\$	\$	上个月或当月的损益表或分类账。当前纳税申报表（如适用）。

养老金、退休金、社会保障收入	\$	\$	\$	当前批准函、养老金支付记录、退休账户支付记录等副本。显示月收入。
失业、残疾收入等	\$	\$	\$	当前批准函副本
其他 (请列出来源) : _____	\$	\$	\$	例如: 小费、奖金和佣金

其他问题: 回答这些问题可确保您的申请处理不会因为需要获取更多信息而延迟。	是	否
您或您家中的任何成员是否领取公共福利? (即食品券、母婴儿童营养补助 [WIC] 或免费或减价午餐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您或您家中的任何成员目前是否有健康保险?	<input type="checkbox"/> 如果是, 请列出保险公司的名称 _____ _____	<input type="checkbox"/>
您或您目前的任何家庭成员是否申请过 Medicaid、Medicare、CHIP 或 CHP+? <i>如果是, 且被拒绝, 请提供拒绝信</i>	<input type="checkbox"/> 如果是, 请列出您申请的日期 _____	<input type="checkbox"/>
您在我们机构接受服务的任何医疗账单是否与汽车或工作相关事故有关?	<input type="checkbox"/> 如果是, 请列出保险公司 _____	<input type="checkbox"/>
您是否参加了 Medical Healthshare 或成本分摊计划?	<input type="checkbox"/> 如果是, 请提供分摊说明 (EOS) _____	<input type="checkbox"/>
目前您家中是否有人怀孕?	<input type="checkbox"/> 家中谁怀孕了? _____ 预产期是什么时间? _____	<input type="checkbox"/>
仅限科罗拉多州居民:		
您是否为居住在您家以外的人提供 50% 或更多的经济支持, 并希望将其纳入您的家庭人数计算 (此人可能居住在其他州/外国)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我们要求申请经济援助的患者同时也尝试寻求其他资助。请勾选“是”或“否”。

您的任何医疗账单是否由于汽车或工作相关事故引起?

是 否 如果是, 请列出保险公司: _____

您是否参加了 Medical Healthshare 计划?

是 否 如果是, 请提供分摊说明 (EOS)

您的雇主是否报销您的任何免赔额或医疗保健费用?

是 否

您是否申请了任何其他州援助计划, 例如犯罪受害者援助计划,

是 否- 转至上方方框

如有需要，请使用下面的空白处进一步说明您申请经济援助的原因。如果需要更多空间，您可以附上单独纸张。可能需要额外的核实。

本人在此声明，据本人所知，在此处提供的信息是真实和正确的。本人明白，如果本人为获得 **Intermountain Health** 的经济援助而进行误导或提供虚假信息，本人的申请将被拒绝，并可能影响未来的援助申请。

本人明白，**Intermountain Health** 在做出任何决定之前要求核实收入。

申请人签名 _____ 日期 _____

完成申请流程所需的所有资料清单：

- 已完整填写、签名并注明日期的经济援助申请。
- 家庭收入核实。