

科罗拉多州和蒙大拿州

机构援助申请

请将资料发回至：
邮寄地址：500 El Dorado Blvd Ste 4300
Broomfield, Co 80021
传真：303-272-0931
电子邮件：Peaks_financialassistanceapps@imail.org

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	出生	
	保障号码	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	配偶
	保障号码	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	额	额	其他成人家庭成员	所需的收入核实类型
	患者数	配偶数		
工资收入（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文件

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。