

经济援助申请

申请人信息

所有字段均必须填写

服务日期 (过去或未来) : _____ 机构: _____

患者全名: _____ 社会保障号码: _____

出生日期: _____ 实际地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

通讯地址: _____ 医疗记录编号: _____

电话号码: _____ 申请填写人姓名: _____

与患者的关系: _____

家庭成员, 包括您本人 (担保人), 以法定姓名列示

姓名 (姓氏、名字和中间名首字母)	出生日期	年龄	关系	职业	社会保障号码	年收入
						\$
						\$
						\$
						\$
总计						\$

收入来源 (如果为零, 则在框中注明零)

收入	\$
社会保障	\$
其他收入/赡养费/投资/退休	\$
总收入	\$
401K 余额	\$
抵押贷款总额	\$
租金金额	\$
储蓄账户余额	\$
Change Healthcare 验证	
如果没有收入, 您如何维持生活?	请在下方予以说明:

其他保险问题

患者是否有医疗保险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否正因第三方责任 (如汽车保险公司或工伤赔偿) 所承保的伤害而接受治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否有医疗补助 (Medicaid)? - 如果是, 请转到第 2 页	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否申请了医疗补助 (Medicaid)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您怀孕了吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您有社会保障残障保险吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否年满 65 周岁?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否未满或刚满 19 周岁?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否为监护父母, 且无业?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

经济援助申请

声明：本人特此声明，就本人所知，以上提供的信息均真实准确。本人理解，本人提交的信息需经过验证，包括信贷机构评分，并需接受联邦和/或州级机构以及其他必要机构的审核。本人授权本人的雇主向 Piedmont Healthcare 披露本人的收入证明。本人理解，如果本人提供的任何信息被证明是不真实的，则 Piedmont Healthcare 将重新评估本人的财务状况，并采取任何适当行动。

此外，本人同意申请任何可用于支付本人 Piedmont Healthcare 账户费用的援助措施（即医疗保险（Medicare）、医疗补助（Medicaid）、州补助（State Aid，用于癌症）、职业康复、保险等）。本人将与 Change Healthcare、Piedmont Healthcare 医疗补助资格处理人充分合作，采取任何为获得此类援助所必需的行动，并将向 Piedmont Healthcare 分配或支付由 Piedmont Healthcare 收取的费用。每位担保人均需填写一份完整的经济援助计划申请。

申请人签名	申请人姓名（请清晰工整书写）	日期	时间
见证人签名	见证人姓名（请清晰工整书写）	日期	时间

需提供证明文件以处理您的申请。若未能提供此信息，您的申请将会被驳回，且不可申诉。如果您对填写申请表有任何疑问或需要帮助，可通过以下方式联系经济援助部门：

文件要求

- 附照片的有效证件（仅限政府核发的身份证明文件）：
 - 州颁发的有效驾照（特定情况下，可使用无效或过期驾照）
 - 州身份证
 - 护照
 - 军官证
 - 附照片的领事身份证件或学校身份证件
 - 签证或外籍居民卡（如适用）
 - 不可用：Costco 卡、自拍或圣诞节/假日照片
- 居住证明：居住证明文件自签发日期起不得超过 30 天，且须与患者姓名相符。可用：
 - 租赁合同：如果处于有效期内，且所有其他文件包含相同地址，则可以使用
 - 食品券
 - 水电费帐单：附实际地址
 - 可核实居住地址的其他业务文件，如信用卡对账单、美国国税局（IRS）账单、医疗补助（Medicaid）信函、学校发布的学生信函、银行对账单、抵押贷款对账单

注：邮政信箱不可证明居住地。
- 收入证明
 - 若为雇员：所需文件—患者与配偶/伴侣的三份近期的薪资单
或
 - 若为失业者：所需文件—失业救济金申请书或失业救济金发放通知书，以及近三个月的银行支票帐户与储蓄帐户（所有帐户）对帐单复印件
或
 - 若为个体经营者：所需文件—患者与配偶/伴侣近三个月的个人与商业银行支票帐户与储蓄帐户（所有帐户）对帐单复印件
或
 - 若为退休者：所需文件—SSN 函（如适用）以及患者与配偶/伴侣近三个月的个人与商业支票帐户与储蓄帐户（所有帐户）对帐单复印件
 - 医保 SSN 函：WWW.SSA.gov/myaccount
- 以下文件用于信息验证，不可替代上述文件使用。
 - 可表明患者正在领取失业补偿金、医疗补助、社会保障残障保险、一般援助等的决定函。
 - 食品券
 - 无家可归证明，或由收容所出具的公司抬头信件
 - 可表明患者所得资助来源的其他业务文件
- 受扶养人口数证明
 - 往年签署之所得税申报表—仅于申报受扶养人时需要
 - 可表明患者对孩子负有法律责任的决定函，如法庭发布的监护文件。

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Floor 10, Atlanta, GA 30339
电话：1-855-788-1212 • 传真：770-916-7511 • 电子邮件：Assistance@piedmont.org