

保证人姓名  
地址  
城市、州、邮编

日期：当天日期

姓名（名字、中间名、姓氏）	负责方 ID 号码：	返回方：
---------------	------------	------

Nebraska Medicine 致力于为那些可能没有充分的可用资金来源的患者提供医疗照护。如果您符合援助条件，那么您的部分账单，最长达 100%，可能会被免除。您将无需负责支付免除的金额。Nebraska Medicine 以不因种族、教义、肤色、性别、原国籍、宗教或年龄而歧视任何人的方式管理此援助计划。

**说明：**完整填写此申请表。申请必须包括适合您的下列任何文件的副本。请附上副本而非原本，因为 Nebraska Medicine 无法保证归还随附申请表发送的文件。如果缺失任何文件，将会延迟您的申请处理速度并/或可能导致您的申请遭拒，进而令您需要负责全部余额。

将填写完毕的申请表和文件发送到：

Nebraska Medicine  
Attn: Patient Access - Financial Counseling  
97530 Nebraska Medical Center  
Omaha, NE 68198-7530

1. 如果您有收入：

随附您的一份最近的 IRS 表 1040 和适当明细表的副本

如果您没有提交联邦所得税申报单，则必须：

- 以书面形式表明您无需提交以及其原因（随申请表发送）
- 向我们发送将您声称受抚养人的任何人的最近联邦所得税申报单副本

附上您的家庭收入的其他证明，其中可能包括：

- 社会保险 1099 表或判决授予书
- 失业金或工伤赔偿裁定书
- 上两张工资单（自己、配偶及居住在家庭内的其他人）
- 如果您是自雇者，则还必须包括明细表 C 和/或损益表
- 子女抚养费或赡养费
- Snap（补充营养援助计划，食品券），供暖或住房援助方案

2. 如果您没有收入：

如果您没有收入，请向我们发送一份资助证明书。为您提供支持的人必须签署此信函并且将此文件公证。

3. 家庭可用现金证明

- 支票和/或储蓄账户
- 股票、债券、存款证明（CD）、高收益利息账户或年金
- 任何其他投资，包括不动产
- 健康储蓄账户（HAS）、医疗储蓄账户（MSA）、灵活支出安排（FSA）或健康偿付安排（HRA）

4. 医疗援助拒绝信

根据首次财务筛查，您可能需要在我们能够批准您的申请前申请医疗援助（Medicaid、Disability 和/或其他可用的计划）并发送您的拒绝信副本。虽然针对服务的经济援助可能获准，但您可能需要在此过程中的任何时间填写完成医疗援助申请表。

姓名（名字、中间名、姓氏）

负责方 ID 号码：

返回方：

**经济援助申请表**

负责方姓名：

地址：

城市：

州：

邮编：

日间电话号码：

家庭规模（患者、配偶和受抚养人）：

婚姻状况：

 就业状况：  全职  兼职  自雇  失业  学生 雇主姓名：

就业时间：

失业日期/时间：（年月日）

配偶/伙伴姓名：

 就业状况：  全职  兼职  自雇  失业  学生 雇主姓名：

就业时间：

失业日期/时间（年月日）

受抚养人（如果超过 5 名受抚养人，则使用单独页面）

全名

关系

出生日期（年月日）

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

 您有健康保险吗？.....  是  否

如果是，请随附您的保险卡的正面和背面副本。

 您是否在过去的 6 个月内申请 Medicaid/Disability 或其他政府援助？.....  是  否

如果是，请随附拒绝信或资格证明副本。

与车祸、工伤赔偿或任何第三方诉讼相关的服务，请提供律师和/或代表的姓名和联络信息：

姓名：

地址：

电话号码：

个案类型：

家庭月收入：提供您自己和其他家庭成员的月收入。此外附上您的 IRS 表 1040 和其他收入证明文件的副本（参见文件清单）。

	自己	配偶和/或其他家庭成员		自己	配偶和/或其他家庭成员
工资	美元	美元	失业	美元	美元
自雇	美元	美元	工伤赔偿	美元	美元

养老金或退休金	美元	美元	赡养费	美元	美元
红利或利息	美元	美元	子女抚养费	美元	美元
租金和版税	美元	美元	其他	美元	美元

每月家庭和医疗开支：针对任何与您无关的项目写下“无”。如有其他开支，请使用另一张纸。					
	未付余额	月付款		未付余额	月付款
抵押贷款	美元	美元	收款机构	美元	美元
租金	美元	美元	信用卡	美元 美元	美元 美元
贷款	美元 美元	美元 美元	公用事业费	美元 美元	美元 美元
医疗开支	美元 美元	美元 美元	食品	美元	美元
处方药	美元	美元	汽车保险	美元	美元
子女照护	美元	美元	人寿保险	美元	美元
电话	美元 美元	美元 美元	健康保险	美元	美元
其他	美元				

可用的家庭资源：将您上个月的财务报表副本附于此申请表。

您或您的家庭其他成员是否有银行账户？..... 是 否

如果是，请随附最近的月财务报表。查看您所拥有的账户类型：

支票 储蓄 货币市场 存款证明 (CD) 健康储蓄账户 (HSA、FSA、MSA、HRA)

您是否有任何股票、债券或其他投资？..... 是 否

如果是，请随附最近的财务报表副本。

机动车： 自有 租赁（选择一项）

种类  
种类

型号  
型号

年份  
年份

我证明此处列出的所有信息尽我所知都是真实而准确的。我了解，该信息将用于确定我支付由 Nebraska Medicine 提供给我的服务之费用的能力。我特此准许获得授权接收、发布或作用于我的财务信息之 Nebraska Medicine 员工调查此处包含的信息。调查应包括以书面通讯或电话形式联络您在此财务信息文件上标注的个人、公司和企业等。调查还可能包括信用核查。本人特此免除指定的医院人员以及经医院人员申请提供信息的各方依据此类调查实施的任何过失或疏忽、通讯或披露行为的责任。我了解，提交虚假信息将自动导致我丧失任何类型的援助资格。

负责方签名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

配偶签名 \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_