

Shirley Ryan AbilityLab 财政援助计划申请书

重要信息:您可能可以得到免费的或有折扣的护理。完成这个申请书将帮助Shirley Ryan AbilityLab来确定您是否能接受免费的或有折扣的服务或者其他的公共计划来帮助支付您的医疗护理。请递交这个申请书给Shirley Ryan AbilityLab。

如果您没有保险,获得免费或有折扣护理的资格是不需要社会安全号码的。但是,有些计划是需要社会安全号码的,包括Medicaid。提供社会安全号码并非必须,但它将可以帮助医院确定您是否符合参与任何公共项目的资格。

请在出院或接受门诊治疗之日起的60天内,完成此表格,并亲自,通过邮件或传真递交给医院,以申请免费或有折扣的护理。

患者承认,他或她已经做出了真诚的努力来提供申请书上需要的所有信息来协助医院确定患者是否符合财政援助的资格。

患者证明

我证明,就我所知,此申请书上的信息是真实并且正确的。我将申请那些任何的我可能符合资格的州,联邦政府或地方援助来帮助我支付本医院的账单。我明白,提供的信息可能被医院进行验证,并且我授权医院联系第三方来验证在此申请表上提供的信息的准确性。我明白,如果我明知而在此申请书上提供不真实的信息,我将丧失财政援助的资格,给予我的任何财政援助可能被追回,我将会负责医院账单的支付。

患者(或申请人)签名: _____

患者(或申请人)名字: _____

日期: _____

如果您对于此申请书有任何的问题,请拨打 **(312) 238-6039**。把您完成的申请书送到:

通过邮寄或亲身:
Shirley Ryan AbilityLab
Patient Financial Services Department
Financial Assistance Program
355 E. Erie St.
Chicago, IL 60611

传真:
(312) 238-7569

患者信息

患者姓名: _____ 患者 SSN: _____

患者出生日期: _____ 担保人名字: _____

患者地址: _____ 担保人地址: _____

患者电话号码: _____ 担保人电话号码: _____

患者家庭信息

请提供患者的所有其他的家庭成员的信息（在上面已经证实信息的患者或担保人除外）：

患者家人或家庭的人数： _____

患者眷属的人数： _____

每一个患者眷属的年龄： _____

圈出目前受雇的人来：
 患者 患者的配偶/伴侣
 患者的父母或担保人（如果患者是未成年人）

保险信息

如果患者是被以下的健康保险计划覆盖或是保险受益者，请在下面标上X:

医疗保险 Medicare Medicare D 部分 补充的 Medicare

Medicaid 退伍军人福利 其他 没有保险的

患者居民证明

请提供以下其中一个的文件的副本，以证明患者居住在伊利诺伊州：

- 一个有效的伊利诺伊州签发的身份证或驾驶执照；
- 一份与没有保险的患者居住在同一地址并提供了居民证明的家庭成员给出的声明
- 最近的住宅物业账单；
- 一封由无家可归的收容所，过渡房，或者类似机构确认患者居住在那里的信件；
- 公寓租约；
- 患者的最新纳税申报表；
- 一张车辆登记卡；
- 患者最近的W-2 表格和任何对应的1099表格；或者
- 一张选民登记卡；
- 如果工资单列出了患者的家庭地址，患者的两个最近期的工资单。
- 由政府机构或其他可靠来源寄给患者在伊利诺伊州地址的邮件；

假定资格标准。 在本页上您提供的信息将帮助RIC确定您是否假定地符合接受财政援助的资格。如果您符合一个以上的标准，您只需要提供您符合的其中一个标准的支持文件。

标准	圈上是/否	请在您的申请书中附带这些支持信息
妇女，婴儿和儿童营养计划 (WIC) 登记	是/否	任何文件的一个复印件，例如信件，可以说明患者接受了这些援助
补充营养援助计划(SNAP) 登记	是/否	
伊利诺伊州免费午餐和早餐计划登记	是/否	
低收入家庭能源援助计划(LIHEAP) 登记	是/否	
医疗服务赠款援助的收据	是/否	
符合Medicaid 资格,但不在服务的或非覆盖的服务的日期	是/否	没有必要。我们将会检查州的资料库进行确认
没有遗产的死者	是/否	一张患者死亡证书的复印件
精神失常并且没有作为患者代表的人	是/否	来自患者医生或家人的书面声明
基于社区的计划的登记	是/否	来自这些计划的信件证明患者的会员身份。
个人破产	是/否	指出破产的法律文件。
无家可归	是/否	收容所地址: _____ _____ 收容所电话: _(_____)_____
监禁	是/否	没有必要。我们将会检查州的资料库进行确认。

如果患者符合以上假定资格标准的其中一个，您不需要完成本申请书的第4页。

只有在患者不符合在本申请书第3页的假定资格标准的任何之一的时候才填写此页。

患者家庭收入和雇佣信息

请列出收入的所有来源，包括了但不限于，就业，社会保障，退休，利息，租金，子女抚养费，赡养费，以及政府的援助。收入的来源应该来自于患者，患者的配偶或伴侣（如果担保人）或者患者的父母或监护人（如果担保人和患者上未成年人）。如果需要，另附页：

<i>家庭成员名字</i>	<i>收入/福利来源</i>	<i>每月总金额</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

请附上前一年的联邦所得税申报表的副本和所有支持患者，患者的配偶，或患者的父母（如果患者被要求为受抚养人）的 W2 表。请还附上您列出的家庭收入的文件，其中可能包括了支票存根，福利报表，嘉奖信，法庭命令，联邦纳税申报表，或者其他相应的文件。