

您可能可以获得免费的或者有折扣的护理。完成这个申请书将帮助 Shirley Ryan AbilityLab (“SRALab”)来决定您是否能够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。请注意，财政援助仅适用于伊利诺伊州的居民。

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，有些公共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的，但是它可以帮助医院来确定您是否符合任何公共项目的参与资格。

请在服务的日期之后，尽可能快地完成此表格，并亲自，通过邮件或传真递交给 SRALab，以便申请免费或者有折扣的护理。在您护理的第一个账单起的 240 天之内，我们将会接受您的申请。患者承认他或她已经做出了真诚的努力来提供申请书中要求的所有信息，以帮助 SRALab 确定患者是否有资格获得经济援助。

患者资料		
患者名字	患者社会安全号码	患者出生日期
患者电话号码	患者家庭地址	
患者雇主	患者雇主地址	每月收入
配偶/担保人信息		
配偶/担保人名字	与患者的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他:	
担保人电话号码	担保人地址	
担保人雇主	担保人雇主地址	每月收入
假设资格标准		
您提供的信息将帮助 SRALab 确定您是否假设地符合接受财政援助的资格。如果您符合以下的一个以上的标准，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	任何文件的复印件，例如信件，可以显示患者正在接受这些援助。
<input type="checkbox"/> 充口养援助口划(SNAP) 登口	是/否	
伊利口伊州免口午餐和早餐口划登口	是/否	
低收入家庭能源援助口划(LIHEAP) 登口	是/否	
医口服口款援助的收据	是/否	
符合 Medicaid 口格, 但不在服口的日期或非覆盖的服口	是/否	不需要。我们将会检查州的资料库来进行确认。
没有房口的死者	是/否	患者的死亡证明的复印件。
精神失常并且没有人可以作为患者的代表	是/否	来自患者医生或家人的书面声明
基于社区口划的登口	是/否	来自口些口划的信件口明患者的会口身份。
最近的个人破产	是/否	指出破口的法律文件。
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口格口准的其中一个，您不需要完成本申口口的家庭口入部分

患者保险信息

如果患者受以下任何健康保险计划的保护（或属于受益人），请在下面标记 X：

- 医疗保险 Medicare 退伍军人福利 其他_____
- Medicaid Medicare 补助计划 没有保险 _____

治疗的提供是否与以下任何一项有关？：

- 意外 犯罪 工伤 其他:_____

家庭收入

请列出所有收入的来源，包括了但不限于，就业，社会安全保障，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（如果是担保人）或者患者的父母或监护人（如果担保人和患者是未成年人）。**请参照本申请书的第3页的支持文件要求**，如果有需要请附加其他的页面：

家庭成员名字	收入/福利来源	每月总收入

家庭的供养成员（如报税表上面所示）

名字	年龄	关系

请继续到第三页进行签名

支持文件

请提供以下要求的文件。如果必需的文件没有包括在内，您的申请可能会被延迟或被拒绝。如果您无法提供适用的文件，请附上书面说明。

必需的

1. 身份证明: 请提供以下其中一项：
 - 政府□□的附有照片的身份□件（如伊利□伊州□□□照，伊利□伊州身份□，□照）
 - 其他官方身份证明
2. 伊利诺伊州居住证明：如果您没有上述第 1 项现行的伊利诺伊州驾驶执照或伊利诺伊州身份证，请至少提供一份以下具有您的名字的文件：
 - 最近的住宅水电费账单
 - 租赁合同
 - 伊利诺伊州车辆登记卡
 - 选民登记卡
 - 目前的从政府或其他可靠来源寄给申请人的信件
 - 无家可归者收容所的来信
 - 与患者居住在同一地址并提供居住证明的患者家属的声明
3. 家庭收入核实：视情况而定，请提供以下文件：
 - 最近的联邦和州退税，包括所有的时间表
 - 最新的 W-2 和 1099 表
 - 2 个最近的收入存根，包括薪水，失业救济金和/或社会保障支票
 - 雇主以书面形式核实收入，如果以现金支付
 - 赡养费，营业或退休/养老金收入声明（如果没有反映在最近的纳税申报表上，或者当前年度的金额将与最近的纳税申报表中反映的数额不同）
4. 资产: 视情况而定，请提供以下文件：
 - 所有支票，储蓄和/或信用合作帐户的最新证明
 - 关于自己的住宅以外的所有物业（建筑物/土地）的价值和收入的信息
 - 除了 IRA / 401k 退休和 529 大学储蓄账户之外的其他投资信息（债券，股票等）

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。我将会申请任何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，我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）名字： _____

患者（或申请人）签名： _____

日期： _____

如果您对于此申请书有任何的问题，请拨打电话**(312) 238-6039**。□把您完成的申□□和支持文件送到：

通过邮件或亲身：

Shirley Ryan AbilityLab
Patient Financial Services Department
Financial Assistance Program 355 E. Erie St.
Chicago, IL 60611

传真：

(312) 238-7569