

ORTHOINDY HOSPITAL

日期:

敬啟者:

隨函附上「個人財務狀況聲明書」，此文件將用於評估你是否符合申請財務援助的資格。為令你的援助申請得以順利處理，請妥善填寫並簽署整份表格，並於十五

(15) 個曆日內遞交下列文件的副本:

- 過去三個月的所有入息證明。
- 家庭中負有財務責任之成員近三個月的薪金證明。這包括傷殘津貼支票。
- 所有銀行戶口、定期存款、股票、債券、房地產、401(K) 退休金計劃等結單。
- 最近期的州及聯邦入息稅報稅表，包括 W-2 表格以及附表 C、D、E 和 F。如你未填妥報稅表，我們需要一份由美國國家稅務局 (IRS) 發出的聲明，以證明你並未提交報稅表。你可致電 **800.829.1040** 聯絡 IRS 以獲取相關資料。
- 如你現時無業，我們接受由失業救濟部發出的證明書，列明你的失業狀態及失業時間。
- 醫療保險卡

請務必交回上述所有資料，包括已填妥及簽署的「個人財務狀況聲明書」。如上述資料不齊，我們將無法處理你的申請，屆時你須遵守《OrthoIndy 醫院財務政策》。閣下必須簽署，我們方能索取信用報告。

如有任何疑問，或在獲取所需資料時遇到困難，請致電 **317.773.4225** 聯絡我們的病人財務服務經理。

謹啟

病人財務服務部

患者帳號：_____ 交回日期：_____

個人財務報表必須於 10 個工作日內填妥並放入附有回郵地址的信封中寄回。您需附上最近三個月的薪資單及/或社會保障證明，以及本年度的納稅申報表，以供收入核實。

若個人財務報表不完整，及/或未提供所要求的資料，則有關援助將不獲考慮。

患者資料

患者姓名：_____ 帳號：_____

保證人姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____ 租賃 自有_____

社會保障號碼：_____

婚姻狀況： 單身 已婚 離婚 喪偶 受養人數目：_____

受養人：_____ 年齡：_____ 受養人：_____ 年齡：_____

受養人：_____ 年齡：_____ 受養人：_____ 年齡：_____

受養人：_____ 年齡：_____ 受養人：_____ 年齡：_____

僱傭

保證人的僱主：_____ 任職年期：_____

地址：_____

薪酬：_____ 計薪方式： 週薪 月薪 年薪

職位名稱：_____

保證人的僱主：_____ 任職年期：_____

地址：_____

薪酬：_____ 計薪方式： 週薪 月薪 年薪

職位名稱：_____

配偶的僱主：_____ 任職年期：_____

地址：_____

薪酬：_____ 計薪方式： 週薪 月薪 年薪

職位名稱：_____

其他每月收入 (勾選適用的選項)：

補充保障收入 (SSI)：\$ _____

失依兒童援助 (ADC)：\$ _____

失業補償：\$ _____

其他：_____

退休金：\$ _____

子女贍養費：\$ _____

退伍軍人福利：\$ _____

食物券： 是 否

保險資訊

您是否已投保相關保險，以支付醫院費用？ 是 否

您是否已申請 Medicaid？ 是 否 是否獲批？ 是 否 被拒絕

個案工作者姓名：_____ 電話號碼：_____

主要保險名稱：_____ 保單編號：_____

保單持有人姓名：_____ 生效日期：_____ / _____ / _____

次要保險名稱：_____ 保單編號：_____

保單持有人姓名：_____ 生效日期：_____ / _____ / _____

