

亲爱的申请人：

如果您的医疗护理费用给您带来了财务负担，请填写此份申请表。此申请表可以帮助我们就 Dartmouth-Hitchcock 所提供的服务作出减费决定。请回答有关您或您的家庭的所有问题。您提供的信息均为保密信息，只有处理您申请的工作人员可以查阅。

如果您已投保，那么您仍可能有资格获得 NH Health Access Network 内的其他参与计划的提供者的财务援助。NH Health Access Network 由数家医院及其他医疗护理提供者组成，旨在为新罕布什尔州的低保儿童及成人居民改善获得医疗护理的机会。

在财务援助得以批准之前，您必须已经利用所有经济资源来支付费用，包括保险、公共援助、诉讼或第三方责任。请使用下列清单来确保所有信息均包括在内。

1. 您的最新联邦所得税申报表及所有进度表的完整副本。
2. 所有最新W-2表的副本。
3. 雇主发放的最近三（3）联薪资支票存根或薪资证明的副本。
4. 最近三（3）份银行结单（例如，储蓄、支票、货币市场基金、IRA、401K等）的副本。
5. 失业救济金、残疾救济金福利结算表的副本。
6. 社会保障金和/或退休金福利结算表的副本。
7. 食品券分配的副本。
8. 股息来源、信托基金和地产税结算表的副本。
9. 政府援助通知(包括卫生与人类服务部[Department of Health and Human Services])的副本

您可以亲自前往以下场所获得帮助来填写申请表：

Dartmouth-Hitchcock 医疗中心 One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 分机: 4444
---	--	---	---	---

在我们收到您的申请表之前，您仍将对您收到的医疗服务负有财务责任。如果您在提交申请之后30天还没有收到答复，或者您在填写申请时需要帮助，请拨打(844) 647-6436联系我们的患者代表。

办公时间：周一至周五，9：00 - 16：30

请将填写好的申请表寄至下列地址

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
Attn: PFS - Level 3 - NSA
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756-0001
传真：(603) 650-6142

财务援助申请表

1. 患者信息:

姓名	中间名缩写	社会安全号码	出生日期
地址	城市	州邮编	居住时长
邮寄地址	城市	州邮编	
住家电话	工作电话	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 民事结合 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 鳏寡 <input type="checkbox"/> 美国公民 <input type="checkbox"/> NH居民	

2. 负责付费者

姓	名	中间名缩写	与患者之间的关系	社会安全号码
地址 (如果不同于患者的地址)			住家电话	工作电话
保险公司名称			有效期	

3. **请列出所有家庭成员，包括申请人:

如果需要，请另附纸张

姓名	与患者之间的关系	出生日期	社会安全号码	申请是/否
1	本人			
2				
3				
4				
5				
6				

4. 此份申请是用于将来还是过去的医疗服务? 将来 过去接收服务的日期: _____

5. 如果您的任何家庭成员拥有保险，请填写下栏:

健康保险 (计划/名称) _____, 健康储蓄账户 (圈选) - 是否何人: _____

保单号/保险号 _____ 免赔金额: _____

Medicare (联邦医疗保险) A 部分 _____ Medicare (联邦医疗保险) B 部分 _____ 为了支付 Medicare (联邦医疗保险) B 部分而接受援助 _____ 何人: _____

6. 您家中是否有人申请了 Medicaid (医疗补助计划)? 是 否

何人: _____ 如果回答“是”并且被拒，请提供Medicaid (医疗补助计划) 的拒绝信的副本。

7. 您是否向另一家机构申请过财务援助? 是 否 如果回答“是”，哪家机构: _____

8. 您家中是否有人怀孕? 是 否

9. 您家中是否有人曾经入伍服役? 是 否 否何人: _____

10. 您近期是否提出工人赔偿或机动车事故索赔? 是 否 否日期: _____

11. 您家中是否有人有资格接收社会保障福利? 是 否 否何人: _____

12. 您是否被列入他人的所得税申报表? 是 否 否何人: _____

13. 家庭情况	成员一	成员二	成员三
----------	-----	-----	-----

*列出每位家庭成员的姓名:

雇主名称:

月总收入:

就业:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
个体经营:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
投资账户:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
房地产租金:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
失业: (从___/___/___开始)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
退休:	\$ _____		
(社会保障金、退休金、年金)			
赡养费/子女抚养费:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
公共援助、食品券:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他收入:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

储蓄和投资:

支票账户余额	\$ _____	\$ _____	\$ _____
储蓄与存款证明账户余额	\$ _____	\$ _____	\$ _____
个人退休账户(IRAs), 403B, 401K:			
详细说明: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他储蓄和投资:			
详细说明: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

其他:

车辆:	年份、品牌、型号?	_____	_____
休闲车:	年份、品牌、型号?	_____	_____

14. 家庭消费

月租金: \$ _____ 或按揭付款: \$ _____ 按揭贷款余额: \$ _____

上述支付款项不包括的房产税额: \$ _____ 住宅估价: \$ _____

除住家以外您是否拥有其他房产? 是 否 如果回答“是”, 房产价值: \$ _____ 按揭贷款余额: \$ _____

如果其他房产为商用房产, 请列出地址: _____

月贷款支付额: \$ _____ 收款人: _____ 支付内容: _____

从社会保障金中扣除的 Medicare (联邦医疗保险) D部分: 是 否 金额: \$ _____

水电采暖费	\$ _____	保险费 (汽车保险/人寿保险/财产保险)	\$ _____	其他: _____	\$ _____
赡养费/儿童抚养费	\$ _____	医疗保险费	\$ _____	其他: _____	\$ _____
托儿所费	\$ _____	医疗费	\$ _____	其他: _____	\$ _____
生活费 (煤气、食品、衣物)	\$ _____	药费	\$ _____	其他: _____	\$ _____

15. 权利转让

请仔细阅读

通过在下方签字, 本人对查看本人的信用记录和/或纳税申报的要求予以授权。本人理解, 本申请的处理手续需要查阅纳税申报, 并且, 在决定本人是否具备资格之前, 可能需要获取更多信息。如果发现本人没有**完全披露**或者**没有精确表述任何收入或资产**, 则有关向本人提供慈善性护理折扣的任何协议将被视为无效, 并且将被追溯至应付费用的产生日期。本人可能对欠款征收期间产生的任何/所有法律费用负有责任。

在下方签字的所有成人家庭成员即对其医疗护理或财务援助资格相关的任何医疗、财务或就业信息的发布作出授权。如果家庭成员曾在任何医疗护理提供者接受医疗护理服务或申请财务援助, 则此信息可能会发布给该医疗护理提供者。所有所提供信息均会按照 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA - 健康保险流通与责任法案) 加以**保密**。可选性手术可能不在财务援助考虑之列。

如果本人收到任何可以用以支付本申请涵盖的医疗服的款项 (例如保险金、政府计划款项、诉讼得款、或任何其他款项), 本人同意全额偿还财务援助。

如果本人收到财务援助, 本人同意告知原申请组织可能影响财务援助资格的任何变化, 包括家庭成员人数、收入以及健康保险情况方面的变化。本人理解如果本人的/我们的医疗状况发生改变, 以至于本人/我们可能有资格参与某项公共援助计划, 本人需要向该计划提出申请并提供申请证据。

申请人签名	日期	共同申请人签名	日期
-------	----	---------	----