

親愛的申請人：

如果您的醫療護理費用為您帶來嚴重的財務負擔，請填寫此份申請表。

此申請表將幫助我們就 Dartmouth Health 的任何場所提供的服務作出減費決定。請回答有關您或家庭的所有問題。您提供的所有資訊均為保密資訊，僅處理申請的工作人員可以查閱。

如果您已投保，則您仍可能符合資格獲得 NH Health Access Network 內的其他參與計畫的醫療服務提供者的財務援助。NH Health Access Network 由數家醫院及其他醫療服務提供者組成，旨在為新罕布什爾州的低保兒童及成人居民改善獲得醫療護理的機會。

在財務援助得以核准之前，您必須已經利用所有其他經濟資源來支付費用，包括保險、公共援助、訴訟或第三方責任。請使用下列清單來確保所有資訊均包括在內。

	必填	不適用
1. 您的最新聯邦所得稅申報表及所有進度表的完整副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 所有最新 W-2 表的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 雇主發放的最近三 (3) 聯薪資支票存根或薪資證明的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 最近三 (3) 份銀行對帳單 (例如，儲蓄、支票、貨幣市場基金、IRA、401K 等) 的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 失業救濟金、殘障救濟金福利結算表的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 社會安全保險及／或退休金福利的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 食品券分配的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 股息來源、信託基金和房產稅結算表的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 政府援助通知的副本；		
- Department of Health & Human Services (衛生公共服務部) 通知 (所有頁面)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 聯邦醫療補助支出信函、聯邦醫療補助拒絕通知的副本	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- 保費援助計畫及市場保險通知	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

在我們收到您填妥的申請表之前，您仍須對接受的任何醫療服務承擔財務責任。如果您在提交申請之後 30 天還沒有收到回覆，或者您在填寫申請時需要幫助，請致電 (844) 647-6436 聯絡患者代表。辦公時間：週一至週五，9:00 - 16:30。

請將填妥的申請表郵寄至下列地址之一：

**Dartmouth Hitchcock
醫療中心**
One Medical Center Drive
PFS:Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
傳真:(603) 650-6142

**New London Hospital
PO Box 2150**
收件者:財務輔導員
New London, NH 03257
傳真:(603) 526-5085

Cheshire Medical Center
580 Court Steet
PFS:FAA
Keene, NH 03431
傳真:(603) 354-6533

**Mt.Ascutney Hospital
and Health Center**
收件者:財務輔導員
298 County Road
Windsor, VT 05089

**Alice Peck Day
Memorial Hospital**
10 Alice Peck Day Drive
FAA
Lebanon, NH 03766
傳真:(603) 650-6142

您可以親自前往以下場所獲得申請表填寫方面的幫助：

**Dartmouth Hitchcock
醫療中心**
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
(603) 650-6222

**Dartmouth Hitchcock
Clinics Manchester**
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
(603) 629-8293

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
(603) 354-5430

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
(603) 526-5082

**Dartmouth Hitchcock
Clinics Concord**
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
(603) 229-5080

**Dartmouth Hitchcock
Clinics Nashua**
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
(603) 577-4055

**Alice Peck Day
Memorial Hospital**
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
(603) 308-0007

**Mt.Ascutney Hospital
and Health Center**
298 County Road
Windsor, VT 05089
(802) 674-7233

財務援助申請表

1. 患者資訊

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全保險號碼	出生日期
街道地址	城市	州	郵遞區號	居住時長
郵寄地址	城市	州	郵遞區號	
住家電話	工作電話	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 美國公民	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> NH 居民	<input type="checkbox"/> 民事結合 <input type="checkbox"/> 鰥寡

2. 負責付費者

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全保險號碼	出生日期
地址 (如果與患者地址不同)	住家電話	工作電話		
保險公司名稱				生效日期

3. 請列出所有家庭成員, 包括申請人 如果需要, 請另附紙張

姓名	與患者的關係	出生日期	社會安全保險號碼	申請是/否
1 本人				
2				
3				
4				
5				
6				

4. 本申請是用於將來或過去的醫療服務?

將來 過去 接受服務的日期: _____

5. 如果您的任何家庭成員有保險, 請填寫以下欄位:

健康保險 (計畫/名稱), _____ 健康儲蓄帳號 (勾選) 是 否 對象: _____

保單號碼/保險號碼 _____ 免賠金額: _____

聯邦醫療保險 A 部分 _____, 聯邦醫療保險 B 部分 _____, 為了支付 聯邦醫療保險 B 部分而接受援助 _____, 對象: _____

6. 您家中是否有人申請聯邦醫療補助? 是 否 對象: _____

如果回答「是」且被拒絕, 請提供聯邦醫療補助拒絕信函的副本。

7. 您是否曾向另一家機構申請財務援助? 是 否 如果回答「是」, 哪家機構: _____

8. 您家中是否有人懷孕? 是 否

9. 您家中是否有人曾經入伍服役? 是 否 對象: _____

10. 您近期是否提出工人賠償或機動車事故索賠? 是 否 日期: _____

11. 您家中是否有人符合接收社會安全保險福利的資格? 是 否 對象: _____

12. 您是否被納入他人的所得稅申報表? 是 否 對象: _____

13. 家庭資產資訊

	成員 1	成員 2	成員 3
列出每位家庭成員姓名：	_____	_____	_____
雇主名稱：	_____	_____	_____
每月總收入來源：			
就業：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
自雇者：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
投資帳號：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
房地產租金：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
失業：	自 年 / 月 / 日起	自 年 / 月 / 日起	自 年 / 月 / 日起
退休： (社會安全保險、退休金、年金)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
贍養費／子女撫養費：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
公共援助、食品券：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他收入：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
儲蓄和投資：			
支票帳號餘額：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
儲蓄與存款證明帳號餘額： (IRA、403B、401K)：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
詳細說明：_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他儲蓄和投資：	\$ _____	\$ _____	\$ _____
詳細說明：_____			

14. 家庭消費

月租金：\$ _____ 貸款付款：\$ _____ 貸款餘額 \$ _____

上述支付款項不包括的房產稅 \$ _____ 房屋價值：\$ _____

除了主要住房以外，您是否持有其他財產？ 是 否

如果回答「是」，房產價值：\$ _____ 貸款餘額：\$ _____

如果其他房產為商用房產，請列出地址：_____ 月貸款金額：\$ _____

收款人：_____ 付款內容：_____

從社會安全保險中扣除的聯邦醫療保險 D 部分： 是 否 金額：\$ _____

共用事業 \$ _____ 保險 (汽車保險／人壽保險／房產保險) \$ _____ 其他：\$ _____

贍養費／子女撫養費 \$ _____ 健康保險費 \$ _____ 其他：\$ _____

育兒費用 \$ _____ 醫療費用 \$ _____ 其他：\$ _____

生活費 (天然氣、食品、衣物) \$ _____ 藥物費用 \$ _____ 其他：\$ _____

在下方簽字即表示本人授權申請本人的信用紀錄及／或納稅申報表。本人瞭解，本申請處理手續需要查閱納稅申報表，且在決定本人是否符合資格之前，可能需要獲取更多資訊。如果發現本人沒有完全披露或者沒有正確呈報任何收入或資產，則有關向本人提供慈善性護理折扣的任何協議將被視為無效，並且將被追溯至應付費用的產生日期。本人可能對催收期間產生的任何／所有法律費用負有責任。

在下方簽字即表示所有成年家庭成員授權發佈與其醫療護理或財務援助資格相關的任何醫療、財務或就業資訊。如果家庭成員曾在任何醫療服務提供者接受醫療護理服務或申請財務援助，則此資訊可能會發佈給該醫療護理提供者。所有提供資訊均根據 HIPAA《健康保險可攜性及責任法案》聯邦法規予以保密處理。選擇性手術可能不在財務援助考慮之列。

如果本人收到任何可以用以支付本申請承保範圍的醫療服務款項 (例如保險金、政府計畫款項、訴訟得款或任何其他款項)，本人同意全額償還財務援助。

如果本人接受財務援助，本人同意告知原申請組織可能影響財務援助資格的任何變化，包括家庭成員人數、收入以及健康保險範圍的變化。本人瞭解，如果本人／我們的醫療狀況發生改變，以至於本人／我們可能符合資格參與某項公共援助計畫，則本人需要向該計畫提出申請並提供申請證據。

申請人簽名 _____ 日期 _____

共同申請人簽名 _____ 日期 _____