

财政援助申请书

感谢您选择 Central Texas Rehabilitation Hospital。Central Texas Rehabilitation Hospital 是天主教医疗卫生部门，其使命激励着我们去关怀和改善我们所服务的群体的健康，同时向贫困及弱势群体给予特别关注。为响应我们的使命，我们向无力支付医疗服务费用的患者提供财政援助。

若您无力支付所接受的医疗服务费用，您可以申请获得财政援助。Central Texas Rehabilitation Hospital 将审查您的申请书，确定您或您的家庭成员是否符合政府援助的资格，例如 Medicaid、社区援助或财政援助。

针对医疗必要性服务的财政援助具有一定限制，且并非旨在代替适当的财政计划、医疗保险承保或您有资格享受的公共资助。

申请书填写说明：

请填写随附的财政援助申请书并提供下列必要的文件。请**勿留空**！若提供的信息不全，您的申请将无法受理。

您的申请将按照《德克萨斯州健康与安全法规》(Texas Health and Safety Code) 第 311 条以及《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 第 501-R 条中规定的指导方针进行评估。我们需要根据联邦贫困指标和您及您家庭的全部收入来源来确定您是否符合援助资格。在某些情况下，我们需要考虑您的财政资源、资产和收入以外的非豁免财产。

因此，我们要求您提供下列与援助申请有关的文件。在我们处理申请之前，您必须提供每位家庭成员的收入证明。若您没有此类文件，请在缺少的文件旁注明 N/A（不适用）。我们将对所有收到的资料进行核实。

请提供所有适用资料：

_____ 每位有工作的家庭成员最近的所得税申报表 [前一年的所得税申报表在 **4 月 15 日**前可接受]

例如：2015 年的所得税申报表在 2017 年 4 月 15 日前可接受

_____ 支票存根；每位有工作的家庭成员最近三次的发薪周期

_____ 由雇主以公司信笺出具的证明函，以证明申请书上的收入金额

_____ 失业办公室出具的证明函

_____ 社保局办公室出具的证明函或社保支票的复印件

_____ 证明任何其他形式的收入的文件；子女抚养费、赡养费、退休金、信托基金等

_____ 任何公共基金项目或第三方支付来源的认可信函；MAP、Medicaid、机动车交通事故责任认定等

_____ 政府援助计划的认可信函；食品券、妇女、婴儿、儿童营养计划(WIC)、住房补贴等

_____ 家庭成员、朋友等的担保信

_____ 成绩单

_____ 住址证明；3 个月内的物业帐单、银行帐单、信用卡帐单等

(背面继续)

若您已参加财政援助申请书中列出的政府援助计划，除了与该政府援助计划有关的登记凭证或同意书外，您不必提供收入证明资料。

如有任何疑问或需要申请书填写方面的帮助，请直接拨打下列电话：

Central Texas Rehabilitation Hospital
本地电话： (512) 407-2111
免费长途电话： 1-888-813-0756

请将此表连同填妥的财政援助申请书寄送至以下地址：

Central Texas Rehabilitation Hospital Services Attn: Financial Assistance 7333 N. Freeway Suite 500 Houston, TX. 77076

在您提供所有资料后，相关机构将受理您的申请，并将判定通知书邮寄至所登记的担保人地址。您的财政援助资格将维持 30 天。超过初始申请后 30 天，您必须再次申请其他所需的援助。同样，如果您是在接受服务之后申请财政援助，您的资格认定将适用于任何未付欠款。

财政援助申请书

Seton 帐号: _____ 帐户余额: _____ MRN: _____

患者姓名: _____
 社会保险号: _____ 出生日期: _____ 婚姻状况: _____
 担保人: _____ 担保人社会保险号: _____
 街道地址: _____ 电话号码: _____
 城市: _____ 县: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

收入信息

家属人数: _____ 有收入来源的家属人数: _____ 每月总收入: \$ _____
 每月失业金: \$ _____ 每月子女抚养费: \$ _____ 每月赡养费: \$ _____
 信托基金收益: \$ _____ 每月 SSI 福利金: \$ _____ 其他月收入: \$ _____
 每月总收入 \$ _____

对上列每种类型的收入都须提供相应的证明文件

政府援助

请勾选所有适用项

食品券 WIC (妇女、婴儿和儿童) 住房补贴
MAP CCHC 德克萨斯州 Medicaid/CHIP Medicaid (德克萨斯州以外的州): _____
县贫困关怀计划 (县名称): _____
Seton Care Plus (SCP) Music Seton Care Plus (MSCP)

以上勾选的每类援助都须提供相应的证明文件

资产信息部分

提供所有适用的资产价值

<input type="checkbox"/> 股票	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 债券	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> 个人退休帐户	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 第二住所	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> 游艇	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 收藏汽车	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> RV	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 非必需汽车	价值 \$ _____
		<input type="checkbox"/> 其他奢侈品	价值 \$ _____

资产总价值 \$ _____

保证: 据本人所知, 本人保证以上信息真实、准确且完整。本人明白, 出于免费医疗报告的需要, 以上信息可能会公开。

患者/担保人签字: _____ 日期: _____

填表人: _____ 日期: _____