

財務補助申請書

感謝您選擇 Central Texas Rehabilitation Hospital。Central Texas Rehabilitation Hospital 是一個天主教醫療單位，以關懷和改善服務對象的健康為宗旨，尤其關注低收入戶和弱勢群體。基於這個宗旨，對於無法負擔醫療照護費用的患者，我們提供財務補助。

如果您無力支付所獲得的醫療服務相關的費用，可申請財務補助。Central Texas Rehabilitation Hospital 將審核您的申請，決定您或家人是否符合 Medicaid 之類的政府補助、社區補助或財務補助所規定的資格。

必要醫療服務的財務補助有限，也並非旨在取代合理的財務規劃、健康保險範圍，或您可能有的資格享有的可用公共基金。

填寫本申請書的指示：

請填寫隨附的財務補助申請書，並檢附下列所需的文件。請勿**略過任何一項不填寫**！如果提供的資訊不完整，將無法處理您的申請。

您的申請將按照《德州健康安全法案》第 311 條以及《平價健保法案》第 501-R 條所規定的準則進行評估。我們將按照聯邦貧窮線以及您與家人的所有收入來源決定您是否符合補助資格。在某些情況下，我們需要考量您的財務資源、資產，以及收入之外的非豁免財產。

因此，您需要提供下列與您的申請有關的文件。必須先檢附每個家庭成員的收入證明，我們才會處理申請。如果沒有文件，請在文件不齊全旁邊註明 N/A。所提供的任何資訊都必須經過確認。

請提供所有適用的項目：

_____ 每位有工作的家人最近的所得稅退稅 [上一年度退稅受理 截至 **4 月 15 日** 為止]

例如：2015 年退稅受理截至 2017 年 4 月 15 日為止

_____ 支票存根；每位有工作的家人 **3 個最近領薪期間**

_____ 雇主以公司名義證實申請書載明的收入金額無訛所出具的信函

_____ 失業辦事處的信函

_____ 社會安全局的信函或社會安全支票的副本

_____ 其他任何形式的收入的文件；子女撫養費、贍養費、退休金、信託基金等等

_____ 任何公共資助計劃或第三方付款來源認定的信函；MAP、Medicaid、機動車輛交通事故責任認定等等

_____ 政府補助計劃認定的信函；糧食券、WIC、住房補貼等等

_____ 家人、朋友等等的佐證函

_____ 正式的在校成績單

_____ 地址證明；3 個月內的水電費帳單、銀行對帳單、信用卡帳單等等

(續背面)

如果您已經登記參加財務補助申請書所列的其中一項政府補助計劃，則不需要檢附政府補助計劃相關的登記證明或補助金信函以外的收入證明資訊。

如果對於填寫本表單有疑問或需要協助，請撥打下列電話：

Central Texas Rehabilitation Hospital
當地： (512) 407-2111
長途免付費： 1-888-813-0756

請寄送本表單並檢附填妥的財務補助申請書至下列地址：

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

提供所有資訊後，將受理您的申請，認定的結果將郵寄至登記在案的保證人地址。您的財務補助資格將保留 30 天。在初次申請的 30 天後，必須重新申請才能獲得其他任何所需的補助。同樣地，如果您回溯申請財務補助，您的資格認定將適用於任何未償還餘額。

財務補助申請書

Seton 帳戶編號： _____ 帳戶餘額： _____ MRN： _____

患者姓名： _____
 社會安全號碼： _____ 出生日期： _____ 婚姻狀態： _____
 保證人： _____ 保證人的社會安全號碼： _____
 街道地址： _____ 電話號碼： _____
 城市： _____ 國家： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

收入資訊

撫養人數： _____ 有收入的人數： _____ 每月薪資總額： 美元 _____
 每月失業補助金： 美元 _____ 每月子女撫養費： 美元 _____ 每月贍養費： 美元 _____
 信託基金收入： 美元 _____ 每月 SSI 福利： 美元 _____ 其他每月收入： 美元 _____
 每月总收入： 美元 _____

對於列舉的各種收入必須提供證明文件

政府補助

請勾選所有適用的項目

糧食券 WIC (女性、嬰兒及兒童) 補貼住房
 MAP CCHC 德州 Medicaid/CHIP Medicaid (德州以外各州)： _____
 郡貧困關懷計劃 (郡名)： _____
 Seton Care Plus (SCP) Music Seton Care Plus (MSCP)

對於勾選的各種補助必須提供證明文件

資產資訊區段

填寫全部適用的價值

<input type="checkbox"/> 股票	價值 _____ 美元	<input type="checkbox"/> 債券	價值 _____ 美元
<input type="checkbox"/> IRA	價值 _____ 美元	<input type="checkbox"/> 第二住所	價值 _____ 美元
<input type="checkbox"/> 船隻	價值 _____ 美元	<input type="checkbox"/> 收藏汽車	價值 _____ 美元
<input type="checkbox"/> RV	價值 _____ 美元	<input type="checkbox"/> 非必要汽車	價值 _____ 美元
		<input type="checkbox"/> 其他奢侈品	價值 _____ 美元

資產總價值 _____ 美元

保證書：我證明就我所知所信，以上資訊真實無訛、正確無誤且完整無遺。本人瞭解可基於無償護理報告的目的披露資訊。

患者/保證人簽名： _____ 日期： _____

填寫人： _____ 日期： _____