



患者姓名: _____ 病历号: _____

日期: _____

寄回: Indiana University Health
1200 W. White River Blvd.
Muncie, IN 47303
邮件: FinancialAssistance@IUHealth.org
传真: 317-968-1255

单次治疗编号	入院日期	总费用

备注: 本申请仅适用于上述指定治疗。参与多次治疗的患者必须针对各次治疗分别提交申请材料。

*****重要事项*****

为保证财政资助申请顺利办理, 请务必将本财政资助申请书填写完整并在签名之后寄回到上述地址。为确保您的申请被及时处理, 请在二十一天之内, 即 (21) 个日历日内寄回本申请。请**不要寄原始单据**。

- 最近三 (3) 个月内的所有收入证明
- 最近三 (3) 个月内的工资单或辅助性保障收入 (经社会保障局管理)
- 最近三 (3) 个月内的财务报告, 包括: 支票和储蓄账户、定期存款证明、股票、债券、货币市场账户等等。
- 州政府及联邦政府近期所得税单据, 包括 C, D, E 和 F 表
 - 若病人和/或担保人的收入无法确保可以提交联邦纳税报告时, 病人则需提供一份可证明收入情况的公证宣誓书。
- 近期 W-2 纳税单
- 健康保险卡副本, 如已参保
- WorkOne 工资调查单据 (针对失业家庭成员)
- 离婚/解散判决书和儿童监护令, 如有
- 注意: 只有在支付 100 美元非偿还性保证金后, 您的财政资助申请才能被受理。提交申请时, 请同时向印第安纳大学医院支付该项保证金。所有针对非偿还性保证金待结款项的支付皆对最早提交的补助申请存档适用。您如果对非偿还性和/或待结保证金有任何问题, 请通过上列电子邮件地址与我们联系。

担保人(户主)姓名: _____ 与病人的关系: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 家庭电话: _____

家庭成员

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请标明所有社会保障编号和亲属关系。

姓名 全名 - 名字, 中间名, 姓氏	出生日期	社会保障编号	与担保人的关系	婚姻状况	美国公民 是或否	印第安纳州 居民 是或否
			本人			

过去 12 个月内是否有家庭成员申请过, 或获得过, 印第安纳大学医院医疗财政资助? 是 否

如有, 那是哪一位家庭成员? _____

家庭就业/收入

家庭成员	雇主名称, 地址 & 职位名称 如有, 请提供雇主名称	收入金额 (各阶段性付款)	收入周期 选择一项	起始日期	终止日期 (如有)
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		



患者姓名: _____ 病历号: _____

日期: _____

			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		
			<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/每周		

其它家庭收入

请标明您或家庭成员每月是否获得下列收入:

类型	家庭成员	月入金额	类型	家庭成员	月入金额
退伍军人福利:			失业救助:		
儿童抚养:			辅助性保障收入:		
退休:			其它收入:		

资产/财产

请标明您或家庭成员是否有以下任何资产/财产:

家庭成员	类型	价值
	活期存款	
	支票账户	
	定期存款	
	储蓄账户	
	其它 (CD, 股票, 债券, 货币市场,等等)	
资产总额:		

房地产

房屋估价:	抵押贷款额:
-------	--------

支出

请标明您或家庭成员对以下项目的每月支出情况:

支出:	家庭成员	每月支出金额:	支出:	家庭成员	每月支出金额:
租金/贷款			公共事业		
食物			记账卡		
购车贷款			汽车保险		
医疗费用			药物		
儿童护理			其它		

每月支出总额: _____

保险信息

请标明您或家庭成员是否有对以下保险进行参保:



患者姓名: _____ 病历号: _____

日期: _____

病人是否申请过联邦医疗补助计划 Medicaid? 是 否 如未有, 请标明原因: _____

如有, 请给出申请日期: _____

申请状况: 待定 批准 被拒

病人在本医院就诊时是否拥有医疗保险? 是 否 如有, 请填写下列信息:

受保人姓名	保险名称	有效日期	受保编号/ 受保组编号	受保组成员姓名

病人/担保人摘要

请计算并填写上列所有项目的总金额:

家庭人数	家庭总收入	其它家庭收入	资产总额	支出总额

资助证明

(由资助提供者填写)

我已被申请人确定为财政资助提供者。以下是本人为申请者提供的服务单:

就我所知及所信, 本人特此证明上述所有信息的真实性。

我理解本人签名并非代表本人承担医疗费用的支付。

签名: _____ 日期: _____

核实与授权

(由病人或担保人填写)

基于伪证罪规定并就我所知, 本人特此证明上述本人所给出的信息均属实且正确无误。

我同意, 若本人(或作为某人代表)的收入、财产、支出、家庭成员人数或地址等方面有任何改变, 那么将在十天(10)之内通知印第安纳大学医院。

我理解, 本人可能会被要求证明相关情况并且需要通过与我的雇主、银行、信用提供者联系以及通过财产调查等方式进行, 因此本人授权印第安纳大学医院及其指定人员完成上述核实。

我理解, 医院需对我所提供的任何信息依法保密。

我进一步同意, 因事故或伤害而导致的医疗服务, 应以该事故的诉讼或调解收益补偿医院。

我理解, 如果本人没有资格获得医疗财政资助, 本人可能会通过其它书面补充文件进行上诉。如果本人仍就此被拒绝, 那么本人可对未偿付的发票进行支付。

签名: _____ 日期: _____