

日期： \_\_\_\_\_

账户： \_\_\_\_\_

尊敬的患者： \_\_\_\_\_

Enloe Health 致力于为没有健康保险以及虽然有保险但医疗费用高昂的患者提供财务援助，确保他们能够获得必要的医疗服务。我们深知，医疗服务开销不应该给这些患者及其家庭带来沉重的负担。

您已向我们表明，您近期在 Enloe Health 接受服务的费用对您构成了一定的经济负担。我们的财务援助资源有限，为了确定援助资格，我们将基于联邦收入标准对您的收入进行评估。若您拥有健康保险，我们将依据特定的标准，来判定您是否因高额医疗费用而有资格获得全额或部分财务援助。为了完成评估，请提交随附的申请表格，并附上以下文件。

**所需文件：**

1. 请填写并提交随附的《保密财务报表》，应双面填写完整
2. 如适用，请附上来自 Medi-Cal 计划的拒绝信或声明的副本
3. 请提供您最近一次的银行对账单副本，应提供所有页面，包括支票账户和储蓄账户页面。
4. 如果您拥有货币市场账户、股票，或除主要住宅外的收入性房产，请提供每个账户的报表。  
请注意：在我们计算收入时，合格的退休金计划不包括在内。
5. 如果您有工作，请提供每位家庭成员最近两次的工资条副本。
6. 如果您的工作是间歇性的，请提供去年的税务申报表副本，而不是工资条。
7. 如果您目前没有工作，请提供失业保险证明、州政府发放的残障证明或社会保障证明。
8. 如果您的高额医疗费用可获得承保，若适用，请提供患者对除 Enloe Health 之外的医疗服务提供者的责任证明。
9. 请附上一封信，说明您的财务状况以及您无法支付账单的原因。  
您的个人信件有助于我们了解您的处境以及您为何需要财务援助。

注意：如果您无法提供任何我们要求提供的信息，请在困难说明信中解释原因。如果您对我们要求提供的信息有任何疑问，请与您的客户服务代表联系。

您必须在收到此信之日起两周内提交所有文件，否则您的申请可能会失效。  
我们将在收到完整的申请材料后 60 天内处理完毕，并将我们的决定告知您。

此致，

患者财务服务  
financialcounselors@enloe.org  
530-332-6350



患者姓名 \_\_\_\_\_  
 账号 \_\_\_\_\_ 服务日期 \_\_\_\_\_

**责任方\***

**配偶或同居伴侣**

姓名 \_\_\_\_\_  
 地址 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_  
 地址 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

电话 \_\_\_\_\_

社会保障号码 (SSN) \_\_\_\_\_

社会保障号码 (SSN) \_\_\_\_\_

雇主名称 \_\_\_\_\_

雇主名称 \_\_\_\_\_

雇主地址 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

雇主地址 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

雇主电话 \_\_\_\_\_

雇主电话 \_\_\_\_\_

婚姻状况 (请圈选一项) :      已婚      单身      离婚      丧偶  
    未婚      有伴侣

**家庭信息:**

请列出所有与您同住的人, 以及所有 21 岁或以下的子女, 无论他们是否与您同住。

	姓名:	年龄:	与您的关系:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

请填写背面的内容。

## 社区服务与折扣政策 (第 2 页, 共 2 页)

### 家庭月收入

月工资毛收入: \$ \_\_\_\_\_

公共援助/食品券: \$ \_\_\_\_\_

社会保障金: \$ \_\_\_\_\_

失业补偿: \$ \_\_\_\_\_

子女抚养费/赡养费: \$ \_\_\_\_\_

租金收入: \$ \_\_\_\_\_

补助金: \$ \_\_\_\_\_

工人赔偿: \$ \_\_\_\_\_

其它: \$ \_\_\_\_\_

总收入: \$ \_\_\_\_\_

### 货币资产

储蓄或货币市场账户: \$ \_\_\_\_\_

股息: \$ \_\_\_\_\_

除主要住所外的房产: \$ \_\_\_\_\_

其它: \$ \_\_\_\_\_

股票价值: \$ \_\_\_\_\_

利息支付: \$ \_\_\_\_\_

个人退休账户 (IRA): \$ \_\_\_\_\_

总资产: \$ \_\_\_\_\_

### 费用

每月家庭/租金支出: \$ \_\_\_\_\_

医疗保险费: \$ \_\_\_\_\_

水电煤气/家庭电话费: \$ \_\_\_\_\_

食品/家庭/个人必需品: \$ \_\_\_\_\_

子女抚养费/赡养费: \$ \_\_\_\_\_

医疗/牙科服务费用: \$ \_\_\_\_\_

交通费用: \$ \_\_\_\_\_

儿童保育/学费: \$ \_\_\_\_\_

其它: \$ \_\_\_\_\_

总支出: \$ \_\_\_\_\_

签署此表格即代表本人授权 Enloe Health 验证所有信息, 包括信用报告、收入和货币资产。本人明白, 我可能需要提供关于所请求信息的证明。此外, 本人声明, 据我所知, 此申请表上的所有陈述均真实且完整。如果发现本人提供的信息不完整或虚假, 我的账单的所有折扣可能会被取消, 我可能需要全额支付。

如果本人从保险公司、工人赔偿支付方或任何第三方收到款项, 我同意通知 Enloe Health 此类付款。本人理解, 如果第三方为 Enloe Health 的服务提供全部或部分付款, 医院保留收取原始全额账单费用的权利。

患者或法定监护人签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

配偶或家庭伴侣签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

\*如果患者是未成年人, 此文件应由患者的法定监护人填写。

\*\*有免费的消费者维权组织可以帮助您理解账单和支付流程。

您可以拨打健康消费者联盟电话 888-804-3536, 或者访问 [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org), 以获取更多信息。