

# 財務協助申請

UW Health - Financial Assistance 877-278-6437  
 PO Box 620993  
 Middleton, WI 53562

申請人姓名(名字、中間名、姓氏)	日期	醫療記錄編號# (如已知)
------------------	----	---------------

**對於財務協助計劃的評估，請包含以下所有項目（如適用）：**

- 簽署這份申請表格並註明日期
- 聯邦稅表和副表(去年)
- 薪資單據(上個月)
- 福利獎勵信函(退休金、失業、SSI、SSDI)
- 2份銀行證明
- 解釋如何符合您的日常生活開支的信函

您向哪個組織申請財務協助？  UW HEALTH  MERITER  兩者

病患目前是否有保險給付？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
給付： _____
如果沒有，病患是否透過市場（Healthcare.gov）申請給付？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
病患是否參加健康分享部門產品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
由於宗教/文化原因，病患是否選擇不參加政府資助的保險計劃？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
病患/財務上負責的一方去年是否有繳交了稅款？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
如果沒有，為什麼？ _____

## 病患/財務上負責的一方

姓名(名字、中間名、姓氏)	與病患的關係	出生日期 (年月日)
地址	城市	州 郵遞區號
電話號碼	家戶大小(病患、配偶和家屬)	婚姻狀態
工作狀態 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 失業	如果失業，最後工作的年月日	
雇主	每週收入 每週時數： 每小時收費(\$):	就業日期 (年月日)

## 配偶/伴侶

姓名(名字、中間名、姓氏)	出生日期(年月日)	電話號碼
地址	城市	州 郵遞區號
工作狀態 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 失業	如果失業，最後工作的年月日	
雇主	每週收入 每週時數： 每小時收費(\$):	就業日期(年月日)

## 家屬

全名	關係	出生日期 (年月日)
1.		
2.		
3.		
4.		

**財務責任方和配偶的每月收入 (如適用)**

病患/責任方		配偶	
	每月社會安全收入		每月社會安全收入
	SSDI 申請日期		SSDI 申請日期
	退休金		退休金
	失業		失業
	定存/IRA		定存/IRA
	401K 提款		401K 提款
	租金/房產收入		租金/房產收入
	其他收入		其他收入

**其他負債賬單 (醫療賬單、銀行貸款、信用卡、其他)**

類型	貸款/信用卡使用者清單	未付餘額	每月支付

**其他註釋**

--

**證明**

本人了解這些資訊僅用於確定本人於 UW Health 負責支付的財務費用，這項資訊將予以保密。作為財務協助計劃要求的一部分，本人需要接受 Medicaid 或其他公共援助計劃的篩選，包括但不限於以下內容：BadgerCare – WI Medicaid；老年人、盲人、殘疾人士 (EBD)；外國人緊急醫療援助 (AEMA)；暴力犯罪賠償基金會的受害者 (VOVC)；推斷殘疾/Medicaid；社會殘疾救助/收入 (SSD/SSI)；市場健康保險。本人簽名授權 UW Health 驗證此表格中提供的任何與所有資訊。

要電子簽署文件：前往「工具 (Tools)」-->「填寫和簽署 (Fill & Sign)」

病患/責任方簽名	日期 (年月日)
填寫表格之人的姓名 (如果與病患不同)	日期 (年月日)