

## 財務援助申請

姓名：\_\_\_\_\_ 社會安全碼：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

雇主：\_\_\_\_\_ 工作年限：\_\_\_\_\_

您是否已婚？\_\_\_是\_\_\_否 配偶姓名：\_\_\_\_\_

受扶養人人數 (包括您本人)：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

家庭成員人數：\_\_\_\_\_

### 患者收入資訊

薪水：\$ \_\_\_\_\_

該金額為：\_\_\_時薪\_\_\_月薪\_\_\_年薪

失業給付：\$ \_\_\_\_\_

社安金或殘障福利：\$ \_\_\_\_\_

依賴兒童家庭補助：\$ \_\_\_\_\_ 子女扶養費：\$ \_\_\_\_\_

儲蓄帳戶：\$ \_\_\_\_\_

支票帳戶：\$ \_\_\_\_\_

其他：\$ \_\_\_\_\_

### 配偶或其他家庭成員的收入資訊

薪水：\$ \_\_\_\_\_

該金額為：\_\_\_時薪\_\_\_月薪\_\_\_年薪

失業給付：\$ \_\_\_\_\_

社安金或殘障福利：\$ \_\_\_\_\_

依賴兒童家庭補助：\$ \_\_\_\_\_ 子女扶養費：\$ \_\_\_\_\_

儲蓄帳戶：\$ \_\_\_\_\_

支票帳戶：\$ \_\_\_\_\_

其他：\$ \_\_\_\_\_

請隨本表一併提交下列適用文件 (患者/配偶)：

### 收入證明

\_\_\_ 最近兩張薪資單

\_\_\_ 上一年度報稅單或未申報證明

\_\_\_ 收入核定通知書

### 資產

\_\_\_ 最近兩個月所有銀行對帳單 (支票帳戶及儲蓄帳戶)

\_\_\_ 最近兩個月所有投資帳戶/共同基金/貨幣市場帳戶對帳單

\_\_\_ 最近兩個月退休帳戶對帳單

\_\_\_ 所有車輛所有權證/登記證

\_\_\_ 所有人壽保險保單

\_\_\_ 企業資產證明文件

\_\_\_ 信託文件

\_\_\_ 非主要居所的證明文件

以上資訊均真實無誤：

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

在申請的任何階段，Emory 都可能要求您提供更多資訊或文件，以協助確定您是否符合財務援助資格。如果您的財務狀況發生變化，Emory 可能會要求您重新提交申請。

財務援助的批准有效期最長為 6 個月。為保持資格，患者必須全力配合所有經 Emory 批准的供應商；這些供應商協助確定患者是否符合享受聯邦、州和《平價醫療法案》(ACA) 相關計畫的資格。

提供虛假、不完整或誤導性資訊可能會導致財務援助被事後拒絕或減少，並且，您需對由此產生的差額承擔責任。Emory Healthcare 還保留依據《財務援助政策》隨時審查您的資格，並對您的帳戶進行必要調整的權利。