Advocate Health Care

困难折扣申请

困難概述

此申请中要求提供的资讯是为了确定是否有资格获得困难折扣。困难折扣计划适用于收入超过财务援助限额的有保险或无保险的患者。资格取决于病患在 Advocate Health Care 接受的服务应付余额与家庭收入的比较。

申請困難折扣的要求

要获得困难折扣，患者必须满足以下要求:

- 伊利诺州居民
- 患者必须全力配合困难审查程序。如果需要额外的资讯和/或证明文件来完成申请，将会给患者邮寄一封信，告知他们所需的资讯和提交的截止日期。如果在截止日期之前未收到所要求的讯息，患者将没有资格。

預期內容：資格審查流程

Advocate Health Care 的财务援助服务团队收到申请之日起将及时确定资格。一旦资格审查完成，将向患者邮寄一封信，告知他们是否获得批准或被拒绝。

请填写此表格的全部 3 页。完整填写此表格将有助于避免审核过程的延误。.

患者资讯			
患者姓名	社会保障 #	出生日期	帐户 #

申请人资讯				
申请人姓名	与患者的关系	社会保障 #	出生日期	婚姻状况
地址		城市、州和邮政编码		
家庭电话#	手机号码	紧急联系人姓名	紧急联系电话#	
雇主名称	雇主地址	工作电话		

注意：如果您接收邮件的地址与您居住的地址不同，请填写下面的“邮寄地址”信息

邮寄地址	城市、州和邮政编码

健康保险信息	☐ 如果患者**没有**任何健康保险来源，请勾选此框			
健康保险信息	保单持有人姓名	政策 #	团体 #	生效日期

家庭成员在过去 60 天内是否失业？	☐是 ☐否
他/她是否收到了 COBRA 选择通知？	☐是 ☐否
他/她是否选择了 COBRA 保险？	☐是 ☐否
如果他/她没有选择 COBRA 保险，请勾选一项 ☐ 保费太贵	☐ 有新保险

请在下面列出所有家庭成员				
	姓名	社会保障 #	出生日期	与患者的关系
1				
2				
3				
4				
5				
6				

注意：请在本表第 3 页的“备注”部分列出家庭的其他成员

家庭月收入		
收入类型	申请人的每月总收入	申请人配偶的每月总收入
就业收入	$	$
退休/养老金/社保退休	$	$
社会保障残疾收入	$	$
失业收入	$	$
子女抚养费/赡养费	$	$
其他（在此列出来源）_____)	$	$

支持声明
我证明我最近_____几年/_____几个月一直处于失业状态, , 由于失业，我从_____ _____处获得食物、住所和(与申请人的关系 =_____)

确认和签名	
我特此证明，据我所知，本申请中提供的信息真实、准确且完整。我特此授权医院联系任何个人、公司或组织以核实所提供的任何信息，并特此授权任何此类个人、公司或组织向医院披露其可能要求的任何财务信息。	
申请人签名	日期

将填妥的申请表邮寄至:

Advocate Health Care

Attention: Financial Assistance Services

PO Box 3039

Oak Brook, IL 60522-9908

笔记