



A 患者信息：請填寫這個關於獲得醫護服務患者的部分

患者姓名：_____ 出生日期：_____

社會保險號碼：_____

B 人口調□□□□□□□□

地址：_____ 電話：_____

城市：_____ 州：_____ 郵編：_____ 縣：_____

僱主：_____

全職 兼職 退休 殘疾 目前不工作

家庭成員：

1. 姓名：_____ 出生日期：_____ 關係：本人
2. 姓名：_____ 出生日期：_____ 關係：配偶/伴侶其他 共同申報 退 是否
3. 姓名：_____ 出生日期：_____ 關係：_____ □□□□□□□□ 否
4. 姓名：_____ 出生日期：_____ 關係：_____ □□□□□□□□ 否
5. 姓名：_____ 出生日期：_____ 關係：_____ □□□□□□□□ 否

請另附紙張列出額外的家庭成員。

僅供辦公室填寫：

申請人 MRN/GUAR _____ 配偶 MRN/GUAR _____

未成年受扶養者 MRN(如可用) _____

C 家庭工作收入

請列出所有透過工作獲得收入的家庭成員：

如有需要，請另附紙張。

請為所有擁有工作收入的申請人提交最近的三份工資單。

家庭成員姓名	和申請人關係	每月□□□□(抵□□)
		\$
		\$
		\$
每月□□□□□□		\$



D

其他家庭資源
(無工作)請列舉所有適用的家庭成員
信息

其他收入來源	每月金額
子女撫養費/贍養費	\$
寄養照護、鎮區受託人、教會收入等	\$
社保或 殘疾人社保	\$
退休金	\$
財□□□□□	\$
年金、利息、退休分配	\$
失業救濟金或工人補償金	\$
其他(請□□)	\$
其他收入來源總計	\$

E

家庭資□

資□□□	總計
現金	\$
儲蓄帳□	\$
支票帳□	\$
股票	\$
債券	\$
儲蓄債券	\$
存款證明(CD)	\$
金融市場帳□	\$
單位信託	\$
信託	\$
其他(請□□)	\$
其他收入來源總計	\$



F 醫療保險資格驗證

<p>1. 您是否曾申請過以下 Medicare 或 Medicaid 計劃或曾被拒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1A. Medicare A 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>1B. Medicare B 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>1C. Medicare C 部分 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>1D. Medicaid <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>如果您曾被 Medicaid 拒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 麼，是否在過去 90 天 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p>3. 您的僱主或您配偶的僱主是否提供團體醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>4A. 在過去 3 到 6 個月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 您是否曾透過您的僱主購買過保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>如是，COBRA 是否適用？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>
<p>2. 您是否正在申請和下列項目相關的服務的財務援助：</p> <p>2A. 機動車事故(MVA) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>2B. 犯罪受害者 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>2C. 工人補償金 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>2D. 其他受傷(例如滑倒或跌落) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p>5. 您是否擁有其他醫療保險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>如是，請提供保險的資料：</p> <p>6. 您是否屬於居住在 Sparrow Health System 服務區域 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 居民？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>

G 授權

本人特此授權 Sparrow Health System 公開本申請書中的資料，以便根據 Sparrow 的政策和程序確定本人的財務援助資格狀況。本人授權 Sparrow 在必要時覈實這些資料，其中可能包括但不限於獲取信用局報告、覈實就業和/或收入、以及獲取適當的證明文件。本人在本申請中提供的所有資料和收入文件均真實、準確和完整。如果在任何時候確定本人提供的資料屬於虛假或不準確的資料，所有的財務援助將被撤銷，並且，本人將承擔立即全額支付任何和所有未付餘額的責任。本人也同意承擔在任何部分財務援助折扣後的任何到期應付金額的支付責任。

正楷簽名：_____ 與患者關係：_____

簽名：_____ 日期：_____

請提供收入和資源的適用證據影本：

- 如果受僱，則提供三(3)份最近的工資單
- 社保、退休金或年金報告單
- 上一年度的退 1 和表 C
- 任何額外收入或資源的影本
- 如果沒有收入，則應提供 (食物、衣物、住處)的函件