

经济补助申请

MelroseWakefield Healthcare深以为每位病患提供最佳的医疗照护为荣。MelroseWakefield Healthcare通过经济补助政策提供无法支付紧急或医疗必须照护的病患经济补助。MelroseWakefield Healthcare经济补助并非为了负担非急救、非迫切相关的照护而设立。且不会对保险共同款项、共同保险或扣除额提供减免。

拥有管道的病患应支付在MelroseWakefield Healthcare所接受的服务。然而，我们提供您经济补助的资格审查。在申请MelroseWakefield Healthcare经济补助计划前，我们强烈鼓励病患申请任何可以取得的政府补助计划，像是MassHealth或健康安全网（Health Safety Net）。假使您没有申请潜在符合资格的政府补助计划，可能导致您的申请受到延宕或拒绝。假如您需要协助以申请政府补助计划，我们MelroseWakefield Healthcare的财务咨询师可以协助您。

您经济补助计划的符合资格根据您完整且准确完成经济补助申请。

申请说明

请为申请人完整填写经济补助申请，并提供以下文件副本。如果无法在30天内提交所有必要的文件，将导致申请被拒。请附上任何提交文件的副本，且须注意的是，将不会归还这些文件。

- 完成所有申请书上适用的部分，并确实签署第四页上的宣誓声明。
- 请附上您的驾照复印件、其他照片身分证明或可以验证您目前居住地的文件。任何提交的文件必须包括您的姓名和目前地址。
- 请附上您保险卡（不限1张）的复印件。
- 请附上一些收入证明：
 - 请附上您最近一期的W2复印件或工资单（如果每周支付，请附上4张；如果双周支付，请附上2张）
 - 如果近期在收入上有变动，请附上文件像是失业证明、银行/投资证明、长期照护证明、津贴证明和/或安全证明。
- 如果病患已逝，请提供死亡证明复印件和房地产状态声明的信函。

财务咨询师：

为协助您完成申请，请致电**781-338-7111**与我们联系，安排和MelroseWakefield Healthcare财务咨询师进行会面。财务咨询师驻点在：MelroseWakefield 医院，585 Lebanon Street，1楼邻近Porter街入口，在Melrose 或 Lawrence Memorial Hospital，170 Governors Avenue，邻近在Medford的急救部门。

请将您完成的申请书寄至：

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

第1部分：关于病患		
病患姓名：		
病患出生日期：	病患SSN（社会安全码）：	电话：
目前地址：		
城市：	州：	邮政编码：
您是否为美国公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如果否，您是否为永久居民，合法居住于美国？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
申请人信息（如果与上述病患信息不同）		
申请人应为病患或病患经济上的负责人。		
申请人姓名：		
申请人目前地址：		
城市：	州：	邮政编码：
申请人电话：		
关于病患家庭		
请列出所有家庭成员、他们的出生日期和与申请人的关系。家庭成员是和您有关系或一整年与您一起生活的人，是作为您在所得税申报表中的家庭成员。		
家庭成员1：		
出生日期：	和病患的关系：	
家庭成员2：		
出生日期：	和病患的关系：	
家庭成员3：		
出生日期：	和病患的关系：	
家庭成员4：		
出生日期：	和病患的关系：	
家庭成员5：		
出生日期：	和病患的关系：	
第2部分：病患保险信息		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否曾在过去六个月内提交Medicaid申请？		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否有在审理中获核准的Medicaid申请？		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您的Medicaid申请是否曾被拒绝？		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否有医疗保险？		
主要保险信息：		
保险公司名称：		
保险公司地址：		
政策/ID #：	组别 #：	
订阅人姓名：		
订阅人出生日期：	和订阅人的关系：	
订阅人雇主：	有效日期：	
次要保险信息：		
保险公司名称：		
保险公司地址：		
政策/ID #：	组别#：	
订阅人：	订阅人出生日期：	
和订阅人的关系：	订阅人雇主：	
有效日期：		

第3部分：每月总收入和资产

请完成这部份关于病患和每位在第1部分所列已工作家庭成员的收入所得和资产。请列出税前和减去扣除额以前的总收入。

	病患	家庭成员1	家庭成员2	家庭成员3	家庭成员4	家庭成员5
工资/薪水/小费						
失业补助						
社会保障						
子女抚养费+赡养费						
扣除费用后的自我雇佣收入						
利息/股利收入						
津贴						
IRA/股票/债券						
租赁收入						
信托付款						
劳工补助						
退伍军人福利金						

无收入声明

是 否 如果家庭收入为0, 请问您是否有接受任何人的支助?

如果以上您回答是, 且您正接受他人的经济支持, 请由他们完成并签署已下声明。

病患姓名: _____, currently has no income. I am currently 目前
没有收入, 我目前正支助他们所需的食物、庇护场所和任何衣物。同时我提供他们经济上的协助, 每个月平均 \$ _____。

支持提供人签名: _____ 日期: _____

家庭资产

请在下方列出任何支票和储蓄账户的信息。

账户种类	银行机构	_____ 余额

其他家庭可计算资产

请列出以下账户种类您所拥有的信息。

账户种类	银行机构	_____ 余额
股票/债券		
存款证明		
US储蓄债券		
健康储蓄账户		
储蓄证明		
圣诞节或假期俱乐部		
其他		

第4部分：医疗困难

这个部分可能不适用于您。如果您有重大的医疗账单，请完成这个部分。请列出所有MelroseWakefield Healthcare和其他供应方的医疗照护费用。可能会要求提交文件，但本次不需要。

供应方名称	总医疗费用	本费用发生的频率		
		每周	每月	每年
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第5部分：宣誓声明 - 所有申请人必须签名

所有申请人**必须**签署以下宣誓声明，申请才会纳入考虑。

我发誓并肯定所有在本表上列指的信息为真实、正确且尽我最大能力和知识及认知完成。如在收入、经济来源或其他本表上指示、可能影响我取得MelroseWakefield Healthcare经济补助的信息有任何变动，我同意向MelroseWakefield Healthcare报告。我了解可能参考我的信用和其他财务信息审核我的声明和符合本计划资格与否。我了解我有三十（30）天提交准确且必要的支持文件以被纳入减免考虑。

假使病患以诈欺声明意图取得经济补助，将会被移送至马萨诸塞州总检察长办公室。伪造申请的病患将永不再符合计划的资格，且必须支付所有自加入计划期间的发生费用，追溯至计划发生费用的第一天。

申请人签名：_____ 日期：_____

宣誓声明 - 仅适用于申请人配偶同时申请的情况

假如申请人的配偶同时申请财务支持，申请人的配偶**必须**签署以下宣誓声明，申请方得纳入考虑。

我发誓并肯定所有在本表上列指的信息为真实、正确且尽我最大能力和知识及认知完成。如在收入、经济来源或其他本表上指示、可能影响我取得MelroseWakefield Healthcare经济补助的信息有任何变动，我同意向MelroseWakefield Healthcare报告。我了解可能参考我的信用和其他财务信息审核我的声明和符合本计划资格与否。我了解我有三十（30）天提交准确且必要的支持文件以被纳入减免考虑。

假使病患以诈欺声明意图取得经济补助，将会被移送至马萨诸塞州总检察长办公室。伪造申请的病患将永不再符合计划的资格，且必须支付所有自加入计划期间的发生费用，追溯至计划发生费用的第一天。

申请人配偶签名：_____ 日期：_____