

财务援助申请表

感谢您选择 PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock。按照 PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock 的政策，医院将为没有医疗保险或保额不足且因其收入、资产或其他需求所限而无法全额支付医疗费用的患者提供财务援助。

若您无力支付所接受的医疗服务，您可以申请财务援助。我们将审查您的申请，以确定您或您的家庭成员是否有资格获得政府援助，如 Medicaid、社区援助或财务援助。

针对医疗必要性服务的财务援助具有一定限制，且不能用来代替适当的财务计划、医疗保险承保或您有资格享有的公共资助。

申请表填写说明：

请填写随附的财务援助申请表并提供下列必要的文件。**任何项目均不得留空！**若提供的信息不全，我们将无法受理您的申请。

您的申请将按照《德克萨斯州健康与安全法规》(Texas Health and Safety Code) 第 311 条以及《平价医疗法案》(Affordable Care Act) 第 501-R 条中规定的指导方针进行评估。我们需要根据联邦贫困指标和您及您家庭的全部收入来源来确定您是否符合援助资格。在某些情况下，除收入外，我们还需要考虑您的财务资源、资产和非豁免财产。

因此，我们要求您提供下列与援助申请有关的文件。在我们受理申请之前，您必须提供每位家庭成员的收入证明。若您没有此类文件，请在缺少的文件旁注明 N/A（不适用）。我们将对所有收到的资料进行核实。

请提供所有适用项：

- ☐ 每位有工作的家庭成员最近的所得税申报表（前一年的所得税申报表在 **4 月 15 日前**收到，例如：在 2017 年 4 月 15 日前收到 2015 年的所得税申报表）
- ☐ 支票存根：每位有工作的家庭成员的最近三次工资的存根
- ☐ 由雇主以公司信笺出具的证明函，以证明申请表上的收入金额
- ☐ 失业办公室出具的证明函
- ☐ 社会安全办公室出具的证明函或社会安全支票的复印件
- ☐ 任何其他形式的收入的文件（子女抚养费、赡养费、退休金、信托基金等）

如您有任何疑问或需要申请表填写方面的帮助，请直接拨打：512-268-9592。

请将填妥的财务援助申请表连同所有必要文件由本人送至或寄送至以下地址：

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock
351 Seton Parkway
Round Rock, TX 78665
Attn: Admissions Office

在您提供所有资料后，我们将受理您的申请，并将判定通知书邮寄至档案中担保人的地址。您的财务援助资格将维持 30 天。超过初始申请后 30 天，您必须再次申请其他所需的援助。同样，如果您事后再申请财务援助，您的资格认定将适用于任何未付欠款。

财务援助申请表

责任方姓名：		姓	名	中间名
患者姓名（如果不是责任方）			医院账号：	
配偶			受抚养人数	
街道地址			住宅电话 ()	
城市/州/邮政编码			工作电话 ()	
职业		雇主（如果是个体经营者，请加以说明）		
社会安全号码		地址		
受雇年限	工资 _____ 其他收入 _____		☐ 每小时 ☐ 每两周 ☐ 每月 来源 _____	

配偶

职业		雇主（如果是个体经营者，请加以说明）	
社会安全号码		地址	
电话 ()	受雇年限	工资 _____ ☐ 每小时 ☐ 每两周 ☐ 每月	
其他收入	来源		

资产

债务/每月总额

留存现金	\$ _____	按揭还款/租金付款	\$ _____
支票账户*	\$ _____	保费:	
储蓄账户*	\$ _____	☐ 汽车、 ☐ 医疗、 ☐ 家庭支出	\$ _____
信用合作社账户*	\$ _____	其他: _____	
房地产权益	\$ _____	公共事业: ☐ 煤气、 ☐ 电、 ☐ 水、 ☐ 电话	
所拥有的车辆	\$ _____		\$ _____
出厂年份	价值 _____	汽车付款	\$ _____
出厂年份	价值 _____	食品	\$ _____
信托账户	\$ _____	其他债务:	
其他来源	\$ _____	说明	支付
(股票、债券)			余额

*银行分行和账号:

本人在此声明，上述内容属实，如有不实之处，甘受伪证罪的处罚。

签名

日期