

財務補助申請書

感謝您選擇 PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock。PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock 的政策是為那些沒有健康保險或保險不足的患者，及其收入、資產和需求無法全額支付醫療費用的患者提供財務補助。

如果您無法為所接受的醫療服務支付費用，您可以申請財務補助。我們將審核您的申請來判斷您或您的家人是否符合政府補助資格，如 Medicaid、社區補助或財務補助。

針對必要醫療服務的財務補助具有一定限制，且不能用來代替適當的財務計畫、醫療保險承保或您有資格享有的公共資助。

此申請書的填寫說明：

請填寫隨附的財務補助申請書，並提供下列必要文件。請**不要遺漏任何欄位**！如果提供的資訊不完整，則無法處理申請。

我們將根據《德州健康和安全法典》(Texas Health and Safety Code) 第 311 條以及《平價醫療法案》(Affordable Care Act) 第 501-R 條來評估您的申請。我們需要依據聯邦貧困水平及您和您家人的所有收入來源，判定您是否符合補助資格。在某些情況下，除了收入外，我們還需要考量您的財務資源、資產和非豁免財產。

因此，我們要求您提供以下相關的申請文件。您必須先隨附每個家庭成員的收入證明，我們才能處理申請。如果您沒有文件，請在缺少的文件旁邊註明 N/A（不適用）。我們會對所有收到的資訊進行驗證。

請提供下列適用的所有文件：

- 每個就業家人最近的所得稅申報表（去年 4 月 15 日之前收到的申報表。例如：將於 2017 年 4 月 15 日前收到的 2015 年納稅申報表）
- 每個就業家人最近三個月的薪資支票存根
- 以公司信箋出具的雇主信函，確認申請書上的收入
- 來自失業辦事處的信函
- 來自社會安全辦事處的信函或社會安全支票的副本
- 任何其他形式收入之文件（子女撫養費、贍養費、退休金、信託基金等）

若您有任何疑問，或在填寫申請書時需要任何協助，請直接撥打 512-268-9592。

請將您填寫的財務補助申請書連同所有要求的文件，親自或透過郵件提交至以下地址：

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

提供所有資訊後，我們將會受理您的申請書，並將判決通知寄送至檔案中的擔保人地址。您的財務補助資格將保留 30 天。若在首次申請 30 天後需要任何其他補助，您必須重新申請。同樣地，若您事後才申請財務補助，您的資格判決便適用於所有未結帳款。

財務補助申請書

負責方姓名：		姓氏	名字	中間名
患者姓名（若非負責方）				醫院帳號：
配偶				家屬人數
街道地址				住家電話 ()
城市、州和郵遞區號				公司電話 ()
職業		雇主（若是自僱，請說明）		
社會安全號碼		地址		
雇主年資	薪資 _____ ☐ 每小時 ☐ 每兩週 ☐ 每月 其他收入：_____ 來源_____			

配偶

職業		雇主（若是自僱，請說明）	
社會安全號碼		地址	
電話 ()	雇主年資	薪資 _____ ☐ 每小時 ☐ 每兩週 ☐ 每月	
其他收入	來源		

資產

負債/每月總額

手上的現金	\$ _____	抵押貸款/租金支付	\$ _____
支票帳戶*	\$ _____	保險費用：	
儲蓄帳戶*	\$ _____	☐ 汽車、 ☐ 醫療、 ☐ 家用	\$ _____
儲蓄互助社帳戶	\$ _____	其他： _____	
房地產權益	\$ _____	水電瓦斯： ☐ 瓦斯、 ☐ 電、 ☐ 水、 ☐ 電話	
擁有的汽車	\$ _____		\$ _____
製造年份	價值	汽車付款	\$ _____
製造年份	價值	食物	\$ _____
信託帳戶	\$ _____	其他負債：	
其他來源	\$ _____	說明	付款
（股票、債券）			餘額

*銀行分行與帳號：

本人謹此聲明，以上所述完全屬實，若有不實，願根據法律規定接受偽證罪之處罰。

簽名

日期