



SCL医疗
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300
Broomfield, CO 80021-3408

感谢您选择SCL医疗来解决您的医疗需求.Sisters of Charity of Leavenworth 医疗体系很高兴能够为社区提供优质、可负担的医疗服务。我们协助需要经济援助的人士，帮助在为自己和家人进行医疗选择时有疑问或需要指导的人士。

SCL 医疗设立了计划，帮助无法支付全部或部分账单且需要经济援助的病人。为申请本计划，请填写所附经济援助申请书上的信息。

为处理您的申请，我们也要求辅助文件。第四(4)页列出了必要文件的清单。本信息必须在文件日期后15天内收到（如为专人收件）。如认为需要进一步解释您的情况，以获得经济援助，申请书末尾提供了额外空间。

重要的是申请书填写完整，并附上必要文件交回。否则，将拖慢处理申请的进度，甚至可能被拒绝。如收到的申请无签名，将会被拒绝。

如果出于任何原因，上述信息无法获得，请在上午8点到4点半之间拨打 303-813-5400 或 1-866-665-2636。我们将非常乐意帮助您。

一旦得出申请裁决,将会以邮件形式通知您结果。

此致

财务协调人
SCL医疗

医疗经济援助申请

一般信息

病人姓名 _____ 账号 _____

社会安全号码 _____ 出生日期 _____

地址 _____

城市 _____ 邮编 _____ 国家 _____ 州 _____

家庭电话号码 _____ 移动电话号码 _____ 办公电话号码 _____

电子邮箱 _____

未婚 已婚/重要伴侣 离婚/分居 鳏居

负责方名称 _____ 关系 _____

社会安全号码 _____ 出生日期 _____

地址 _____

家庭电话号码 _____ 移动电话号码 _____ 办公电话号码 _____

配偶姓名 _____

社会安全号码 _____ 出生日期 _____

地址 _____

家庭电话号码 _____ 移动电话号码 _____ 办公电话号码 _____

与您住在一起且您有责任的受抚养人的姓名和年龄。请包括生日：

姓名	年龄	出生日期
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

经济援助申请

收入

向国税局报告的上一年度 AGI (调整后毛收入) (如1040表中所述)。 _____

如未提交纳税申报单, 请解释 _____

当前雇主 _____

地址 _____

电话号码 _____ 职业 _____

在职期 _____ 年 _____ 月 全职 / 兼职 _____

每周计划工作时间 _____

如失业, 失业日期: _____ 您是否收到失业金 是/否 _____

如为是 - 开始日期 _____ 每周收到的金额 _____

配偶/重要伴侣的当前雇主 _____

地址 _____

电话号码 _____ 职业 _____

在职期 _____ 年 _____ 月 全职/兼职 _____

每周计划工作时间 _____

如失业, 失业日期: _____ 您是否收到失业金 是/否 _____

如为是 - 开始日期 _____ 每周收到的金额 _____

月收入	您自己	配偶
毛收入		
赡养费/儿童生活费		
社会保险金		
失业金/工人补偿金		
退休金/养老金		
利息/资金		
公共援助		
其他		
月度总计		

资产	价值/余额
当前居所	
其他财产 (土地投资、租金等)	
车辆	
投资——股票、债券、共同基金、401K、个人退休账户、年金	
储蓄账户1	
储蓄账户2	
储蓄账户3	
其他	
其他	

(Office use only) Annual Total _____
(仅办公室使用) 年度总计

经济援助申请

开支

按揭持有者或地主姓名 _____

地址 _____

	每月付款	剩余金额	当期是/否
按揭/租金			
HOA			
承租人保险			
家庭电话			
手机号码			
办公电话			
电/汽油			
水			
网络			
有线/卫星电视			
食品			
汽车贷款			
汽车贷款			
交通—汽油			
人寿保险			
医疗保险			
汽车保险			
医疗账单			
药方			
托儿			
学校开支/贷款			
赡养费/儿童生活费			
信用卡账单			
其他			
其他			
月度总计			

(Office use only) Annual Total _____

(仅办公室使用) 年度总计

经济援助申请

其他

您是否收到食品券？ 是 否

您是有医疗福利？ 是 否

如果没有，您是否申请了Medicaid? _____ 申请的日期 _____

如果福利被拒绝，原因是什么？ _____

Medicaid 被拒绝的日期 _____

该账户是否为工人补偿金和/或汽车索赔的结果？ 是 否

如果是——您是否聘请了法律顾问？ 是 否

必要文件：

- 完整、签署姓名和日期的申请书
- 您本人、配偶和/或重要伴侣最近3个月的工资单
- 3个月的银行对账单（包括个人/储蓄/商业账户），显示账户拥有者的姓名和账号
- 拨付函的复本——失业金、社会保险金等，显示每月福利
- 儿童生活费/法庭判令的生活费用
- 上一年的纳税申报单复本（所有页）必须连同本申请提交。不接受W2表格。
- 如果失业和/或与朋友或家人一起住，必须填写第三(3)页的“费用”。

如果失业和与家人或朋友一起住，

经济援助申请书第三(3)页必须填写，显示每月按揭/租金、电/汽油和有线电视费用。（请勿提供收据）

如申请人或配偶为自雇：

必须提供过去三(3)个月商业分类账

非美国住处

提供含照片身份证明的复本。护照、签证等

如不完整，我们将拒绝申请。

完整的申请必须包含您的签名。

本人签名证实在此表格中提供的信息尽本人所知准确、真实。本人理解，SCL医疗系统要求核实收入后方作出决定。本人也理解，可能为核实上述信息查阅本人的信用记录，但不会对本人产生费用。

签名 _____

日期 _____

如有必要，请使用以下空间：

OFFICE USE ONLY:

Family Size_____ Income_____ Yearly Expenses_____ Poverty Level_____

Out Pt. Responsibility_____ In Pt. Responsibility _____ Clinic Responsibility_____ Level:_____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name: _____ Approved Denied

Decision Date _____

仅限办公室使用

家庭人数_____ 收入_____ 年度开支_____ 贫困水平 _____

门诊责任_____ 住院责任 _____ 诊所责任_____ 等级: _____

特殊说明: _____

财务协调人姓名: _____ 批准 拒绝

决定日期 _____