

經濟援助申請表

患者姓名 (姓、名、中間名)	社保編號
南卡羅來納州居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	旅遊簽證: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
美國公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	醫療記錄編號 (限官方使用):

患者或責任方 (如患者未滿18歲)

姓名 (姓、名、中間名)	社保編號	出生日期 (年/月/日)	
地址	城市	州、郵遞區號	
電話	家庭人數 (患者、配偶及受養人)	婚姻狀態	
就業狀態: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 個體戶 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 退伍軍人 <input type="checkbox"/> 殘障人士	僱主名稱		
工作時間	待業時間 (年/月/日)	工資/收入	您是否有其他納稅申報? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如是, 請提供納稅申報表)
南卡羅來納州居民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	旅遊簽證: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
美國公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

配偶/人生伴侶

姓名 (姓、名、中間名)	社保編號	出生日期 (年/月/日)
就業狀態: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 個體戶 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 退伍軍人 <input type="checkbox"/> 殘障人士	僱主名稱	
工作時間	待業時間 (年/月/日)	工資/收入

納稅申報表上要求的法定受養人 (如超過4名受養人, 另附頁)

全名 (姓、名、中間名)	關係	出生日期 (年/月/日)

保險資訊

我已經 <input type="checkbox"/> 申請聯邦或州醫療救助 <input type="checkbox"/> 核實了我的醫護交換計劃資格 <input type="checkbox"/> 兩者皆不是 原因_____
我有一宗 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 和解 <input type="checkbox"/> 人身傷害索賠 <input type="checkbox"/> 責任索賠 <input type="checkbox"/> 工人賠償索賠 <input type="checkbox"/> 均無 律師姓名_____
保險透過以下人士獲取: <input type="checkbox"/> 我的僱主 <input type="checkbox"/> 配偶的僱主 <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> 無 保險資訊_____
您或您的家人在過去3個月內是否申請過Medicaid? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
申請人_____申請人所在縣_____
申請日期_____社會工作者姓名_____

我已經申請殘疾人社會保障。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如申請, 則申請狀態是: <input type="checkbox"/> 被拒 <input type="checkbox"/> 申訴 <input type="checkbox"/> 律師等級 <input type="checkbox"/> 待處理 <input type="checkbox"/> 已批准 如近期授予, 附上給配偶及任何子女的最新社保授予函或殘障福利授予函
--

銀行帳戶 (如401k、403b、貨幣市場、CD、股票、債券、儲蓄、其他投資)

公司名稱	帳戶類型/值	公司名稱	帳戶類型/值

財產

類型	詳情	估計值	未付餘額
主要居所	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租房		
第二居所/度假屋			

土地（英畝數）			
租賃房產			
企業/農場設備			
其他/遊樂車輛			

收入來源（提供下列任何一項的證明文件）

收入說明	來源	月收入金額
利息/股息		
養老金/退休金		
租金/房產		
投資		
個體戶（需要企業及個人納稅報表）		
其他		

證明

我理解，本申請僅適用於Greenville Health System (GHS) 及GHS Partners in Health, Inc.提供的服務，不適用於輔助本人醫療護理的其他機構提供的服務。我理解，並非GHS的所有醫療服務都符合經濟援助資格。

GHS保留在新發現相關資訊後，撤回經濟援助批准，尋求其他報銷或收款方式（包括保險範圍、向申請人付款或申請人尋求與所接受或請求的服務有關的人身傷害賠償）的權利。給予經濟援助後，GHS收到的所有付款將導致已調整金額的撤銷，在不造成結欠或信用餘額的前提下解決剩餘的自付費餘額。

本人特此證明，盡本人所知，本申請中的資訊真實、準確。我理解，提供不正確的資訊可能會導致本申請被拒。若本申請中提供的資訊在任何時間被判定為不準確，GHS向我提供的經濟援助可能會被撤銷，我將全額負擔最初的帳戶金額。我還理解，若我提供的任何資訊發生改變，我將儘快通知Greenville Health System。

患者/責任方簽名	日期（年/月/日）
----------	-----------

申請回寄到：
 Financial Assistance
 255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
 Greenville, S.C. 29615