



**伊利诺伊州居民
财政援助申请**

客户须知

重要信息：您可以获得免费或折扣护理服务：填写本申请表将有助于库克县健康和医院系统 (Cook County Health & Hospitals System) 确定您是否可以获得免费或折扣服务，或获得可帮助您支付医疗护理费用的其他公共计划。请将本申请表提交至医院。

如果您没有保险，则无需社会安全号码亦可有资格获得免费或折扣护理服务。但是，有些公共计划需要社会安全号码，例如 Medicaid。提供社会安全号码不是必须的，但有助于医院确定您是否符合加入公共计划的资格。

请填写本申请表并在出院或接受门诊治疗后 90 天内由本人或者通过邮寄、电子邮件或传真的方式，将本申请表及要求提供的所有证明/文件提交至医院，申请免费或折扣护理服务。

JOHN H. STROGER JR. 医院
 财政援助办公室
 1901 W. HARRISON AVE., ROOM 1690
 CHICAGO, IL 60612
 电话: (866) 223-2817
 传真: (312) 864-9136

Oak Forest 健康中心
 财政援助办公室
 15900 S. CICERO. BUILDING E
 OAK FOREST, IL 60453
 电话: (866) 223-2817
 传真: (708) 633-3427

Provident 医院
 财政援助办公室
 OLD SEGSTACKE BLDG, 1ST FL
 CHICAGO, IL 60615
 电话: (866) 223-2817
 传真: (312) 572-2375

电子邮件: mycookcountyhealth.com

患者声明，他/她尽力提供申请表中要求的所有信息，帮助医院确定其是否有资格获得财政援助。

1. 患者信息

姓名 _____ 姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____

出生日期 _____ - _____ - _____ 社会安全号码 (若没有保险则无需提供) _____ - _____ - _____

地址 _____ 公寓号码 _____

市 _____ 县 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭电话 _____ - _____ - _____ 工作电话 _____ - _____ - _____ 移动电话 _____ - _____ - _____

电子邮件地址 _____

您在提出护理申请时是否为伊利诺伊州居民? _____

您是否涉及被指控事件? _____

您是否为被指控犯罪活动的受害者? _____

2. 患者担保人 (若适用, 可为患者的配偶、伴侣或父母或未成年人监护人)

姓名 _____ 姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____
地址 _____ 公寓号码 _____

市 _____ 县 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭电话 _____ - _____ - _____ 工作电话 _____ - _____ - _____ 移动电话 _____ - _____ - _____

3. 家族/家庭信息

请提供患者家族/家庭的人数? _____

请提供患者家属人数? _____

请在下表填写每位患者家属的年龄:

家属	年龄
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

4. 家庭收入和就业信息

患者或者患者的配偶或伴侣目前是否有工作? _____ 是 _____ 否

如果是, 请在下表中填写所有雇主的信息:

雇主姓名	地址 (街道地址, 城市, 州 邮政编码)	电话

如果患者为未成年人, 则该患者的父母或监护人目前是否有工作? _____ 是 _____ 否

如果是, 请在下表中填写所有雇主的信息:

雇主姓名	地址 (街道地址, 城市, 州 邮政编码)	电话

如果患者已经离婚或分手或者是离婚诉讼的当事人，该患者前配偶或伴侣是否根据离婚或分手协议负责该患者的医疗护理费用？
_____是 _____否

您家庭的总收入是多少（包括其配偶或伴侣为患者的担保人或者其父母或监护人为未成年患者担保人的情况）？ \$ _____

总家庭月收入来源（可多项选择）：

- ____ 工资
- ____ 创业
- ____ 失业金
- ____ 社会保障
- ____ 社会保障伤残津贴
- ____ 退伍军人退休金
- ____ 退伍军人伤残津贴
- ____ 个人伤残津贴
- ____ 劳工赔偿
- ____ 贫困家庭临时援助计划
- ____ 退休收入
- ____ 子女赡养费、生活费或其他配偶赡养费
- ____ 其他收入

5. 保险/福利信息

您或您的配偶是否有任何类型的医疗保险？ _____是 _____否

如果是，请提供保险提供商（可多项选择）：

- ____ 医疗保险
- ____ Medicare
- ____ Medicare D 部分
- ____ Medicare 补充保险
- ____ Medicaid
- ____ 退伍军人福利

6. 每月费用

请注意，如果患者达到申请中规定的假定资格标准，或者假设因为患者的家庭收入而使患者达到标准，则患者无须填写此申请中有关每月费用信息的部分。

房屋	水电费	食品	交通	儿童保育	贷款	医疗费用	其他费用	总计
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$		\$

患者保证

本人保证，尽我所知，本申请表中的信息真实准确。本人将申请可能有资格获得的所有州、联邦或当地的财政援助，帮助本人支付此医药费用。本人理解，医院会对本人提供的信息进行验证，并且本人授权医院联系第三方验证本申请表中所提供信息的准确性。本人理解，若本人在本申请表中故意提供虚假信息，则本人将失去获得财政援助的资格，授予本人的所有财政援助可能被收回，并且将由本人负责支付医药费用。

患者或申请人签字

日期