

请完整填写此申请表并确保**签署**第 3 页的宣誓书。
 所有申请人必须附上以下文件的副本。

请寄往：**St. Clair Hospital**
Financial Assistance
1121 Situs Court – Suite 200
Raleigh, NC 27606

若未能寄回所有文件，将会延迟处理或导致申请被拒。
由于所有文件均不予退回，请仅提交副本。

- 请附上申请人及其配偶在递交申请前 30 天内收到的**所有**收入的证明。
- 递交申请前**最新的**支票和储蓄账户对账单（所有页）。
- 若患者已身故，需提供死亡证明副本和遗产状况说明函。

如有任何问题，请拨打 412-344-3408 联系客服中心。
星期一至星期五上午 8:00 至晚上 8:00

对信用评级低于医院目前 550 分门槛的患者给予经济援助。计划指南（针对信用评级高于医院 550 分门槛的患者）的依据是美国卫生和公共服务部联邦贫困指导方针：《联邦公报》/第 87 卷，第 14 期/2022 年 1 月 21 日星期一，第 7732-7734 页。

家庭收入上限额

家庭人数	扣减额		
	100%	30%	20%
1	\$27,180	\$33,975	\$40,770
2	\$36,620	\$45,775	\$54,930
3	\$46,060	\$57,575	\$69,090
4	\$55,500	\$69,375	\$83,250
5	\$64,940	\$81,175	\$97,410
6	\$74,380	\$92,975	\$111,570
7	\$83,820	\$104,775	\$125,730
8	\$93,260	\$116,575	\$139,890

*每多一名家庭成员，增加 \$4,720

患者人口统计数据

患者姓名 _____

患者联系电话 _____

患者地址 _____

家庭人口统计数据

所有家庭成员列表	出生日期	与患者的关系
		本人

您是美国公民吗？

 是

 否

若不是，那么您是否为合法居住在美国的永久居民？*

 是

 否

*若患者为永久居民，请提供官方文件副本

您是全日制学生吗？

 是

 否

您是否怀孕或因怀孕入院？

 是

 否

您是否有待批准或已批准的医疗补助申请？

 是

 否

您是否有医疗保险？

 是

 否

家庭资产 - 支票或储蓄账户

账户类型（支票或储蓄）	银行/机构	余额

其他家庭可计算资产

资产类型	银行/机构	余额
股票/债券		
存款单		
美国储蓄债券		
健康储蓄账户 (HSA)		
储蓄单		
圣诞购物或度假储蓄账户		
其他		

每月总收入

	患者	家庭成员 2	家庭成员 3	家庭成员 4
工资/薪水/小费				
失业补偿金				
社会保险				
子女抚养费				
自营收入				
利息/分红收入				
养老金				
租赁收入				
信托收益				
劳工补偿金				
其他				

注意——若您没有任何收入，且目前正接受他人资助，请让资助人填写以下声明书并签名：

_____ 目前无收入。本人目前为其提供衣食住行等生活所需。同时给予其每月 _____ 美元的经济援助。

X

资助人签名

日期

宣誓书——所有申请人必须签署

本人宣誓（或确认）· 据本人所能、所知和所信· 此表中所填写的所有信息均真实、正确、完整。本人同意，若本人的收入、经济来源或本表中可能影响本人在 **St. Clair Hospital** 获得经济援助资格的信息发生变化，本人将在一周内向 **St. Clair Hospital** 汇报。本人理解，本人的信用以及其他财务信息可能会被用于核实本人陈述的准确性以及是否符合计划资格。

若患者为获得经济援助而作出虚假陈述，将被起诉至宾夕法尼亚州司法部。伪造计划申请信息的患者将不再享有参与计划的资格，且须承担参与计划期间产生的所有费用（追溯至计划产生费用的第一天）。

X

申请人签名

日期