

請完整填寫申請表，並確保在第 3 頁的宣誓書上簽名。
所有申請人請附上以下文件的副本。

請寄至：**St. Clair Hospital**
Financial Assistance
1121 SITUS COURT
SUITE 200
RALEIGH, NC 27606

未能寄回所有文件將延誤處理或導致申請遭拒。
由於您提交的任何文件皆無法退還，因此請僅附上副本。

請附上申請人及其配偶在提交申請前 30 天內領取的所有收入證明。

提交申請前的最新支票和活期存款帳戶報表 (所有頁面)。

如果病患已歿，請提供死亡證明副本和表明遺產狀況的信函。

如果您有任何疑問，請致電 412-344-3408 聯絡客戶服務。
星期一至星期五，上午 8:00 到晚上 8:00

信用評分低於醫院目前門檻值 550 的病患可獲得財務援助。計畫準則 (適用於信用評分高於醫院門檻值 550 的病患) 的依據為美國衛生及公共服務部的聯邦貧困準則：聯邦公報/第 86 卷·第 19 期/2021 年 2 月 1 日星期一·第 7732 頁到第 7734 頁。

家庭收入上限

家庭人口數	扣減額		
	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

* 每多一位家庭成員，則增加 \$4,720

病患資料

病患姓名 _____

病患電話號碼 _____

病患住址 _____

家庭資料

所有家庭成員名單	出生日期	與病患的關係
		本人

- 您是否是美國公民？ 是 否
- 如果答案為「否」，您是否是永久居民，能否合法居住在美國*？ 是 否
- *如果病患是永久居民，請提供官方文件的副本*
- 您是否是全職學生？ 是 否
- 您是否懷孕，或此次入院是否與懷孕有關？ 是 否
- 您是否有待決或已批准的聯邦醫療補助 (Medicaid) 申請？ 是 否
- 您是否有醫療保險？ 是 否

帳戶類型 (支票或活期存款)	銀行/機構	結餘

其他家庭可計算資產

資產類型	銀行/機構	結餘
股票/債券		
定期存款單		
美國儲蓄債券		
健康儲蓄帳戶 (HSA)		
儲蓄單		
聖誕購物儲蓄或度假儲蓄俱樂部		
其他		

每月總收入

	病患	家庭成員 2	家庭成員 3	家庭成員 4
工資/薪水/小費				
失業補償				
社會安全保險				
子女扶養費				
自僱收入				
利息/股利收入				
退休金				
租賃收入				
信託給付				
職業災害補償				
其他				

注意：如果您個人沒有收入並由他人提供財務援助，請他們填寫並簽署以下聲明：

_____ 目前沒有收入。目前正由我為他們提供食宿和任何衣物需求方面的援助。我還會為他們提供財務援助，金額為平均每月 \$ _____。

X _____ 日期
援助提供者簽名

宣誓書——所有申請人必須簽名

本人宣誓 (或確認) 已盡我所能、所知和所採信確認本申請表中所示之所有資訊均真實、正確且完整。本人同意在一周內向 **St. Clair Hospital** 報告本表格中所示的收入、財務資源或其他資訊的所有變更內容。這些變更可能影響我在 **St. Clair Hospital** 接受財務援助的資格。我了解為了驗證我的聲明和參與該計畫的資格，我的信用和其他財務資訊可能會用以作為參考用途。

若病患為獲得財務援助而作出不實聲明，將被轉交至賓夕法尼亞州司法部進行起訴。在計畫申請書中偽造資料的病患將失去參加本計畫的資格，且必須承擔註冊本計畫時產生的所有費用 (可追溯至本計畫產生費用的第一天)。

X _____ 日期
申請人簽名