

申请说明和资格指南

请完整填写申请表，并务必签署第 4 页的宣誓书。  
请附上所有申请人的以下文件的副本。

将文件发送至：

**St. Clair Health**  
**Financial Assistance**  
**5000 Centregreen Way**  
**Suite 100**  
**Cary, NC 27513**

未能返还所有文件将导致处理延迟或导致申请被拒绝。请仅附上副本，因为不幸的是，所提交的任何文件均无法退回。

- 申请人及其配偶在提交申请前 30 天内收到的所有收入证明。
- 提交申请之前最新的支票和储蓄账户对账单（所有页面）。
- 如果患者已死亡，请提供死亡证明副本和说明遗产状况的信件。

如果您有任何疑问，请致电 412-344-3408 联系客户服务。

周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00

向信用评分低于医院当前阈值 550 分或满足以下要求的患者提供经济援助。计划指南（针对信用评分高于医院阈值 550 的患者）基于卫生与公众服务部联邦贫困指南：《联邦公报》第 90 卷 / 2025 年 1 月 17 日，第 5917-5918 页

**家庭综合收入最高限额**

家庭规模	折扣 (USD)		
	100%	30%	20%
1	\$31,300	\$39,125	\$46,950
2	\$42,300	\$52,875	\$63,450
3	\$53,300	\$66,625	\$79,950
4	\$64,300	\$80,375	\$96,450
5	\$75,300	\$94,125	\$112,950
6	\$86,300	\$107,875	\$129,450
7	\$97,300	\$121,625	\$145,950
8	\$108,300	\$135,375	\$162,450
家庭团体中每增加一名成员	\$11,000	\$13,750	\$16,500

在确定资格时，家庭净资产 > 10,000 美元也将根据具体情况予以考虑。

### 患者人口统计

患者姓名 \_\_\_\_\_

患者电话号码 \_\_\_\_\_

患者地址 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 家庭人口统计

列出所有家庭成员	出生日期	与患者的关系
		自己

您是美国公民吗？

是的

不

如果否，您是合法居住在美国的永久居民\*吗？

是的

不

*\*如果患者是永久居民，请提供官方文件副本*

你是全职学生吗？

是的

不

您是否怀孕或与入院怀孕有关？

是的

不

您有待处理或已批准的医疗补助申请吗？

是的

不

你有医疗保险吗？

是的

不

### 家庭资产-支票和储蓄账户

账户类型 (支票或储蓄)	银行/机构	平衡

**其他家庭可计资产（不包括退休资产）**

资产类型	银行/机构	平衡
股票/债券		
存款证		
美国储蓄债券		
健康储蓄账户 (HSA)		
储蓄证		
圣诞节或假期俱乐部		

**家庭债务/贷款（不包括主要住宅抵押贷款）**

信用类型	银行/机构	平衡
债务/贷款（不包括抵押贷款）		
信用卡 1		
信用卡 2		
信用卡 3		
其他 1		
其他 2		
其他 3		

**每月总收入**

	病人	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				
社会保障				
子女抚养费				
自营职业收入				
利息/股息收入				
养老金				
租金收入				
信托付款				
劳动者报酬				
其他				

**注意：如果您没有收入并由他人提供经济支持，请填写并签署以下声明：**

\_\_\_\_\_ 目前没有收入。我目前正在为他们提供食物、住所和衣服的需求。我还向他们提供一定数额的经济帮助  
平均每月\$ 。 \_

**X**

\_\_\_\_\_

支持者的签名

\_\_\_\_\_

日期

### 宣誓书 - 所有申请人必须签署

我宣誓（或确认）据我所知，本表格中的所有信息均真实、正确且完整。我同意在一周内通知圣克莱尔医院本表中列出的可能影响我在圣克莱尔医院获得经济援助的资格的收入、财务资源或其他信息的所有变化。我了解，可能会查阅我的信用和其他相关财务信息来验证该声明以及我参与该计划的资格。

为获得经济援助而做出的欺诈性患者陈述将移交宾夕法尼亚州总检察长办公室进行适当起诉。伪造计划申请的患者将不再有资格参加该计划，并将承担参加该计划期间产生的所有费用，追溯至根据该计划产生此类费用的第一天。

**X**

\_\_\_\_\_

申请人签名

\_\_\_\_\_

日期