

重要提示：您可能有資格接受免費或打折的醫療保健：填寫此申請表將會幫助 Lurie

兒童醫院將確定您是否可以接受免費或打折醫療服務，或其他有助於支付您醫療保健支出的公共計劃。請將本申請表提交給醫院。

如果您未參加保險，就不需要透過社會保險號碼來確定您是否有資格享受免費或打折醫療服務。然而，對於某些公共計劃（包括醫療補助（Medicaid）），需要用到社會保險號碼。雖然不要求提供社會保險號碼，但是提供社會保險號碼有助於兒童醫院確定您是否有資格享受任何公共計劃。

請填寫本申請表，然後親自或者透過郵寄、電子郵件或傳真的方式提交給兒童醫院，以便申請免費或打折醫療服務，兒童醫院的地址如下。

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
 225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
 電話：877.924.8200 | 傳真：312.227.9501

患者或監護人確認，自己已盡誠意的努力提供申請時要求的所有資訊，幫助兒童醫院確定患者是否具有享有經濟援助的資格。

患者帳號：			擔保人編號：		
患者資訊					
姓	名	中間名	出生日期	社會保險號碼	家庭人數
街道	城市	州	郵編	家庭電話	
僱主				地址	
城市				州	郵編
僱主			地址	手機	
城市			州	郵編	月收入
工作電話					
擔保人資訊（父母/監護人）			與患者的關係 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 其他		
姓	名	中間名	年齡	社會保險號碼（可選）	
街道	城市	州	郵編	家庭電話	
僱主				地址	
城市				州	郵編
僱主				地址	手機
城市			州	郵編	月收入
工作電話					
擔保人資訊（父母/監護人）			與患者的關係 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 其他		
姓	名	中間名	年齡	社會保險號碼（可選）	
街道	城市	州	郵編	家庭電話	
僱主				地址	
城市				州	郵編
僱主				地址	手機
城市			州	郵編	月收入
工作電話					

經濟援助申請表

父母/家庭電話郵件聯繫資訊

假定資格計劃

如果您目前已參加以下一種專門的援助計劃，則您有資格享受經濟援助。
請查看以下計劃，並寫明您目前是否已參加計劃。（必須提供參加計劃的證明，但是沒有必要提供任何其他檔，並且也不需要上述月收入資訊。）

0251660288251661312

<input checked="" type="checkbox"/>	請在左側欄中標明您目前是否已參加以下任何一項計劃。	
<input type="checkbox"/>	母嬰和兒童營養計劃 (WIC)	
<input type="checkbox"/>	補充營養協助計劃 (SNAP)	
<input type="checkbox"/>	伊利諾伊州免費午餐和早餐計劃	
<input type="checkbox"/>	收入家庭能源協助計劃 (ILHEAP)	
<input type="checkbox"/>	基於社區計劃提供醫療服務	指定名稱：
<input type="checkbox"/>	蘭特醫療服務援助	指定名稱：
<input type="checkbox"/>	貧困家庭臨時救助 (TANF)	
<input type="checkbox"/>	IHDA 的房屋租賃支持計劃	

如果您沒有資格參加以上所列的計劃，請提供與每一位擁有申請資格的家庭成員相關的以下資訊

- 1) 最新的納稅申報單一份 (1040)
- 2) 所有有工作的家庭成員的最近三份工資單
- 3) 社會保障獎勵的副本 (如適用)
- 4) 失業聲明一份 (如適用)
- 5) 其他收入 (子女撫養費、生活費、如果以現金支付，僱主的證明函)

注意：雖然在一般情況下本醫院有能力利用上述詳細的檔來確定申請人的資格，但是，可能需要申請人作出進一步說明，為資格鑑定過程提供幫助，包括以下項目：支票和儲蓄帳戶資訊；股票；存款憑證；共同基金；房地產和健康儲蓄/彈性支出帳戶資訊。

申請人保證：本人保證，據本人所知本申請表中的資訊均為真實、準確。本人將申請本人有資格享受的州、聯邦或本地援助，以幫助支付醫院帳單。本人理解，所提供的資訊可能要接受醫院的檢查，並且本人已授權醫院，如果需要可以聯繫協力廠商檢查本申請表中所提供資訊的準確性。本人理解，如果在本申請表中，本人故意提供不真實的資訊，本人將失去獲得經濟援助的資格，任何已授予本人的經濟援助也可能會被取消，並且本人將負責支付醫院帳單。

申請人簽字： _____ 日期： _____