

重要提示：您可能会获得免费或价格优惠的护理。完成此申请将帮助 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago（“医院”）确定您是否可以获得免费或价格优惠的服务或可以帮助您支付医疗保健费用的其他公共计划。请将此申请提交给医院。

如果您没有保险，则不需要社会保障号码即可获得免费或价格优惠的护理。但是，某些公共计划（包括 Medicaid）需要社会保障号码。社会保障号码并非必须提供，但可以帮助医院确定您是否有资格参与任何公共计划。

请填写此表格，并在出院或接受门诊护理之日起 240 天内亲自、通过邮件、电子邮件或传真将表格提交给医院，以申请在以下地址享受免费或价格优惠的护理。

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago 225
East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
电话：877.924.8200 | 传真：312.227.9501
hospitalbilling@luriechildrens.org

患者帐号：		担保人编号：			
患者信息					
姓氏	名字	中间名缩写	出生日期	社会保障号码	家庭人数
街道	城市	州	邮政编码	家庭电话	
雇主				雇主地址	
				手机	
城市	州	邮政编码	月收入	工作电话	
以下有关种族、民族、性别和首选语言的问题，无论回答与否，都不会影响申请的结果。					
种族（选填）	民族（选填）	性别（选填）	首选语言（选填）		
担保人信息（父母/监护人）			与患者的关系 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其他		
姓氏	名字	中间名缩写	年龄	社会保障号码（选填）	
街道	城市	州	邮政编码	家庭电话	
雇主				地址	
				手机	
城市	州	邮政编码	月收入	工作电话	
担保人信息（父母/监护人）			与患者的关系 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其他		
姓氏	名字	中间名缩写	年龄	社会保障号码（选填）	
街道	城市	州	邮政编码	家庭电话	
雇主				地址	
				手机	
城市	州	邮政编码	月收入	工作电话	

患者/家庭电子邮件联系信息		
推定资格计划		
如果您目前已参与下列特定援助计划之一，您可能有获得经济援助的资格。必须提供目前参与该计划的证明，但无需其他文件，也无需提供上表要求填写的月收入信息。		
您目前是否参与了以下任何计划，请勾选下面对应的复选框。		
<input type="checkbox"/>	妇女、婴儿及儿童营养计划 (WIC)	
<input type="checkbox"/>	补充营养援助计划 (SNAP)	
<input type="checkbox"/>	Illinois 免费午餐和早餐计划	
<input type="checkbox"/>	低收入家庭能源援助计划 (ILHEAP)	
<input type="checkbox"/>	提供医疗服务的社区计划	具体名称：
<input type="checkbox"/>	医疗服务补助金援助	具体名称：
<input type="checkbox"/>	贫困家庭临时援助 (TANF)	
<input type="checkbox"/>	IHDA 租赁房屋支持计划	
如果您目前未参与上述任何计划，请为下列两项要求各提供至少一份文件：		
1. 家庭收入证明文件（可接受的文件示例：最近的纳税申报单、最近的 W-2 和 1099 表、2 份最近的工资单、由雇主出具的现金支付书面证明、医院认为可接受的其他形式的证明文件）		
2. Illinois 居住证明文件（可接受文件的示例：除了为上述第 1 项提交的文件，还包括居住证明；州发放的身份识别卡；住宅最近的水电费账单；租赁协议；车辆登记卡；选民登记卡；政府或有信誉的来源寄给患者或担保人的邮件；居住在同一地址并出示居住证明的家庭成员的声明；无家可归者收容所、过渡性住房或其他类似设施出具的证明患者或担保人居住在此的信函；临时访客驾驶执照）。		
注意：尽管通常情况下，医院能通过提供的上述文件确定资格，但在资格认证过程中，医院可能会要求对信息作进一步的说明，包括的项目有：活期存款/储蓄账户信息、股票、存款证、共同基金、不动产以及健康储蓄/灵活开支账户信息。		

申请人认证：本人证明，据本人所知，本申请中的信息皆属实且正确。本人将申请任何本人可能有资格获得的州、联邦或地方援助，以帮助本人支付此笔医院账单。本人了解所提供的信息可能会由医院验证，本人授权医院在必要时联系第三方，以验证此申请中提供信息的准确性。本人明白，如果本人故意在此申请中提供不实信息，本人将失去获得经济援助的资格，任何给予的经济援助都可能被撤销，并且本人将负责支付医院账单。

申请人签名：_____ 日期：_____

与患者的关系：_____

与此申请相关的问题或疑虑可向账单客户服务部门提出 — 电子邮箱：hospitalbilling@luriechildrens.org

如果您需要财务咨询，请联系 Lurie Children's Financial Counselors — (312)- 227-1230（接通后选择选项 2，随后选择选项 2）

如果未投保患者对折扣申请流程或医院经济援助申请流程存在投诉或疑虑，可以向 Health Care Bureau of the Illinois Attorney General 报告，报告表格网址：<https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf> 或拨打 1-877-305-5145 进行报告。