

企业服务部

801 S. 60th Street, Suite 150
West Allis, WI 53214

Midwest Orthopedic Specialty Hospital

尊重每个人的尊严，并特别关注那些在获得医疗保健服务方面有困难的人群。我们同样承诺管理我们的医疗保健资源以为整个社区提供服务。因此，我们提供经济援助，援助的对象是向我们寻求急救或其他医学必要护理的特定人群。作为经济援助计划要求的一部分，您须接受筛查，判定您是否符合 Medicaid 或其他公共援助计划的资格，包括但不限于以下计划：BadgerCare——WI Medicaid；老年人、盲人与残疾人计划（EBD）；外来人口紧急医疗援助（AEMA）；暴力犯罪受害者赔偿基金（VOVC）；推定伤残/Medicaid；残疾人社会保障/收入（SSD/SSI）；市场健康保险。

经济援助计划申请说明
提交以下勾选了 * 的项目：

（请发送副本，原件不予返回）
同时需要申请人和配偶的所有信息

- ☐ 申请人 ID
 - ☐ 您最近的工资单/凭证副本。
 - ☐ 如果您已退休或身患残疾，请提供社会保障月收入的证明。（示例：银行对账单或授予函）
 - ☐ 失业救济证明。
 - ☐ 子女抚养费和/或赡养费证明。
 - ☐ 养老金和/或工伤赔偿金证明。
 - ☐ 食品券、FIP 援助、供暖和住房补贴证明。
 - ☐ 申请人如果接受家庭成员或其他人的经济帮助来支付生活开销，则必须包括此人的书面声明或带有支持方 ID 的支持声明。
 - ☐ 如果您属于个体经营和/或有农场或出租不动产的收入，请提供在 _____ 日历年签署的联邦纳税申报表（包括所有附表）。
 - ☐ 如果您没有健康保险：
 - 1. 您的雇主和/或您的配偶的雇主提供的证明，确认没有健康保险。
 - 2. 如果您拒绝了您的雇主和/或配偶的雇主提供的健康保险，则提交保费。
 - ☐ 如果您有健康保险：
 - 1. 您正在支付健康保险保费的证明。
 - ☐ 需要提交关于承保公共资助的健康保险的决定书。
- 请联系您的当地人类服务部办公室，申请 Medicaid/第 19 条和/或医学必要的头期付款计划。

Midwest Orthopedic Specialty

Hospital 在收到填写好的申请书和支持信息后，将为申请人提供一份书面回复。该书面回复将适用于首个声明日期在批准日期前后各一年内的访视，所以您及时填写和返回本申请书很重要。如果您的申请因任何原因被拒绝，那么您可以在拒绝信的日期起十四（14）个日历日内向收入周期副总裁办公室提交上诉状，收件人：100% Charity Care and Financial Assistance

Appeals Committee, Wheaton
Franciscan Healthcare Corporate Services Office, 801 S. 60th Street, Suite 150, West Allis, WI
53214, 您需要说明为什么需要重新考虑申请, 并提供任何额外的支持信息。

如果您有问题, 请拨打: (866) 972-4687
日期: _____ 账号: _____

申请人姓名: _____ 患者姓名: _____
申请人地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
_____ 申请人电话号码: _____ 社会保障号码: _____ 出生日期: _____
_____ 婚姻状况: ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 离异 ☐ 分居 配偶姓名: _____ 社
会保障号码: _____ 出生日期: _____

受抚养人名称	出生日期	受抚养人名称	出生日期
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	____/____/____	_____	____/____/____

就业、收入和保险信息 (所有方块均必须填写):

申请人 您现在有工作吗? ☐ 是 ☐ 否
您是否提交联邦纳税申报表? ☐ 是 ☐ 否
否为个体经营者? ☐ 是 ☐ 否 您是否有健康保险? ☐ 是 ☐ 否
雇用日期: _____ 每月支付的健康保险费用: \$ _____
您多久得到一次工资? ☐ 每周一次 ☐ 两周一次 ☐ 每月一次 时薪: \$ _____ 您对每个工资结算
周期安排了多少小时? 20 40 60 80 ☐ 120 ☐ 其他 _____ 当前或以前雇主: _____
_____ 城市: _____ 州: _____ 月总收入: _____
_____ 电话号码: _____

申请人配偶 您现在有工作吗? ☐ 是 ☐ 否
您是否提交联邦纳税申报表? ☐ 是 ☐ 否
否为个体经营者? ☐ 是 ☐ 否 您是否有健康保险? ☐ 是 ☐ 否
雇用日期: _____ 每月支付的健康保险费用: \$ _____
您多久得到一次工资? ☐ 每周一次 ☐ 两周一次 ☐ 每月一次 时薪: \$ _____ 您对每个工资结算
周期安排了多少小时? 20 40 60 80 ☐ 120 ☐ 其他 _____ 当前或以前雇主: _____
_____ 城市: _____ 州: _____ 月总收入: _____
_____ 电话号码: _____

其他收入来源 (勾选类型并列出金额):

☐ 赡养费/子女抚养费 _____	☐ 退休金 _____	☐ 社
☐ 会保障金 _____	☐ 工伤赔偿 _____	☐ 退伍
☐ 军人退休金 _____	☐ 租金收入 _____	☐ 失业
☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____	☐ _____

补偿
助

其他（详细说明）

就学补

我证明，所提供的信息据我所知所信真实、准确。我授权将信息发布给
Healthcare，供验证本份财务报告。

Wheaton

Franciscan

患者/申请人签名

日期

配偶

日期