

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 and/或赡养费证明。
- 养老金 and/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. 60<sup>th</sup> 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  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  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 \_\_\_\_\_
- 社会养老金 \_\_\_\_\_
- 退伍军人退休金 \_\_\_\_\_
- 失业补偿 \_\_\_\_\_
- 就学补助 \_\_\_\_\_
- 退休年金 \_\_\_\_\_
- 工伤赔偿 \_\_\_\_\_
- 租金收入 \_\_\_\_\_
- 其他 (详细说明) \_\_\_\_\_

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

192772 2016 年 6 月 (Chinese)