

财务援助申请封面

Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners

电话 603-740-3234

申请邮寄至

789 Central Avenue Dover NH 03820

ATTN: Financial Assistance Office

In Person Assistance:

Wentworth-Douglass Business Systems

121 Broadway Avenue Dover NH 03820

尊敬的申请人

您可能会从 Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners 以及其他医疗机构那里得到经济上的帮助。

NH 医疗保健接入网是新罕布什尔州的一组医院、医生和其他医疗机构，他们共同努力，在儿童和成人无法负担所需的医疗服务时提供帮助。

NH 医疗保健接入网面向有保险的个人。要通过 NH 医疗保健接入网获得自费的财务帮助，您的保险必须是有效的，并被医疗机构所接受和入网。（医疗补助支出减少计划不是保险，所以有资格参与此计划或注册此计划的人没有资格参与 NH 医疗保健接入网。）如果您没有保险，您可以从您的医疗机构那里获得财政援助；欲了解更多信息，请致电 603-740-3234 与 Wentworth-Douglass Hospital Business Office 的财务顾问联系。

如何申请

为了确定您或您的家庭是否符合资格，您必须完成申请并提供收入证明，以及以下文件的副本：

必须随申请一起提交的文件	包括在内
1. 您最近的联邦所得税申报表（1040 表）和所有支持表的完整副本，包括去年的 W-2 表 <i>a. 如果您没有提交纳税申报表，您将被要求签署 4506T 表格，这使我们能够联系美国国税局以核实是否提交了纳税申报表</i> <input type="checkbox"/> 签署 4506T 表格后进行检查。	
2. 最近三（3）份连续的工资单副本或雇主出具的带有公司抬头的声明	
3. 如果是自雇，需要 12 个月（从当前月开始）的损益表	
4. 如果您没有收入，您将被要求签署一份无收入和支持公告表，我们需要它来处理您的申请	
5. 三（3）份最近的银行对账单（如储蓄、支票、货币市场、个人退休账户、401K 等）。需要所有账户和所有页面（包括空白页面） <i>a. 如果您没有银行账户，我们将要求您签署一份无银行账户公告表，以便处理您的申请。请索取表格</i>	
6. 失业或伤残补偿福利的复印件（包括开始日期）	
7. 养老金福利复印件	
8. 社会保障收入复印件（年益表、支票或直接存款复印件）	
9. 政府援助通知的副本，包括卫生与公众服务部的支出首付和扣除信、食品券分配副本、决定函。 <i>a. 如果没有通知，您将被要求签署一份卫生与公众服务部的授权表格，这样我们就可以从卫生与公众服务部获得通知。所有页均需要。</i>	
10. 工伤补偿金副本（注明受伤日期）	

必须随申请一起提交的文件	包括在内
11. 子女协议副本、付款证明及付款频率、或表明已支付和/或已收到付款支持证明的信件	
12. 如果您已婚但已与配偶分居，则需要向法院提供合法分居文件的副本	
b. 如果您没有通过法院系统进行分居，您将被要求提供经过公证的分居声明和/或租赁协议	

****我们可以为您复制任何适用的文件****

文件不退还申请人；它们被扫描并安全地销毁。

请注意，可能不考虑对外科手术进行援助

请使用此清单，以确保我们拥有快速正确处理您的申请所需的所有信息。我们可能会要求您提供更多信息，所以请确认您所列的联系方式是否准确。

- 整容手术
- 体外受精（IVF）
- 高级生殖治疗（ART）
- 胃旁路服务——付款人未确定医疗必要性
- 与研究相关的账户
- 患者便利项目，包括基于患者请求的高级住宿和过夜住宿，通常不在健康保险计划范围内
- 根据预先确定的自费时间表计费的其他非医疗必需服务

您提供给我们的信息均为保密信息。

在我们确定您是否有资格获得帮助之前，您将继续对您所接受的任何服务承担经济责任。为了防止被催收，可以通过账单 617-726-3884 设置付款计划。

如果您在提交申请后 30 天内没有收到我们的回复，或者您需要我们的帮助，请致电(603)740-3234，我们的一名代表将为您提供帮助。

查看 [Wentworth-Douglass Hospital](http://www.wdhospital.org; Patient Services/) 的财政援助政策，请访问 www.wdhospital.org; Patient Services/

财务援助申请

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
 Mail to: 789 Central Avenue
 In Person: 121 Broadway, Wentworth-Douglass Business Systems
 Dover NH 03820
 603-740-3234



财政援助申请

1. 病人信息:

姓氏	名字	中间名	社会保障编号	出生日期
街道地址	城市	州	邮编	地址时长
邮寄地址	城市	州	邮编	
电话号码	电邮地址	选择适用项: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 伴侣关系 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 美国公民 <input type="checkbox"/> NH 居民		

2. 负责支付账单的人

姓氏	名字	中间名	与患者的关系	社会保障编号
地址 (如果与患者地址不一样)			电话号码	电邮地址
保险公司名称 (列入上一年度报税表)				生效日期

3. **请注明居住在该住户中的所有人员, 包括申请人:

如有需要, 可另加一张纸

姓名	与患者的关系	出生日期	社会保障编号	医生姓名
1	本人			
2				
3				
4				
5				
6				

4. 此申请是为将来还是过去的服务?

将来 过去 服务日期 _____

5. 请填写家中是否有参保人员:

健康保险 (计划/名称) _____

健康储蓄账户 (勾选) - 是 否 谁 _____

政策# / ID# _____ 自付额 _____

医疗保险 A 部分 _____, 医疗保险 B 部分 _____ 接受支付医疗保险 B 部分的援助 _____ 谁 _____

财务援助申请

6.家里是否有人申请过医疗补助?

是 否 谁 _____
 谁 _____ 如果是且被拒绝, 请提供医疗补助拒绝通知的副本。

7.是否曾申请其他机构的财政援助? 是 否 如果是, 哪里 _____

8.家里是否有人怀孕? 是 否

9.家里是否有人在部队服役? 是 否 谁 _____

10.您最近是否申请过工伤赔偿或机动车事故索赔? 是 否 日期 _____

11.家里是否有人有资格领取社会保障福利? 是 否 谁 _____

12.是否还有其他人在其所得税申报单上申报您? 是 否 谁 _____

13.家庭信息	第 1 人 (患者)	第 2 人 (配偶/受抚养人)	第 3 人 (受抚养人)
---------	---------------	--------------------	-----------------

每个家庭成员的姓名 _____

雇主名称 _____

每月收入来自

就业 \$ _____ \$ _____ \$ _____

自雇 \$ _____ \$ _____ \$ _____

投资账户 \$ _____ \$ _____ \$ _____

房地产租赁 \$ _____ \$ _____ \$ _____

自 (____/____/____) (日期) 起失业 \$ _____ \$ _____ \$ _____

退休(社会保障, 养老金, 年金) \$ _____ \$ _____ \$ _____

赡养费/子女抚养费 \$ _____ \$ _____ \$ _____

公共援助, 食品券 \$ _____ \$ _____ \$ _____

其他收入 \$ _____ \$ _____ \$ _____

储蓄和投资

支票账户余额 \$ _____ \$ _____ \$ _____

储蓄和 CD 账户余额 \$ _____ \$ _____ \$ _____

IRAs, 403B, 401K: \$ _____ \$ _____ \$ _____

具体说明 _____

其他储蓄和投资 \$ _____ \$ _____ \$ _____

具体说明 _____

其它

汽车 年份、品牌、型号? _____

休旅车 年份、品牌、型号? _____

14.家庭开支

每月租金支付 \$ _____ 或按揭付款 \$ _____ 抵押贷款余额 \$ _____

上述支付金额中未包括的财产税金额: \$ _____ 房屋价值: \$ _____

除了主要住宅, 您是否拥有其他房产? 是 否
 如果是, 价值? \$ _____ 按揭余额 \$ _____

如果其他财产是企业, 请列出地址 _____

每月贷款支付 \$ _____ 支付给 _____ 给 _____

从社保支票中扣除的医疗保险D部分 是 否 数量 \$ _____

财务援助申请

公用事业	\$ _____	保险 (汽车/人寿/房产)	\$ _____	其他 _____	\$ _____
赡养费/儿童抚养费	\$ _____	健康保险费	\$ _____	其他 _____	\$ _____
托儿服务	\$ _____	医疗保健账单	\$ _____	其他 _____	\$ _____
生活 (天然气, 食品, 衣物)	\$ _____	药物	\$ _____	其他 _____	\$ _____

15. 权利转让 - 仔细阅读

通过在下面签名, 我授权索取我的纳税申报单。我明白办理此申请需要一份报税表, 在确定我的资格前, 可能会要求提供更多资料。

如果我没有完全披露或不准确地陈述任何收入或资产, 任何为您提供慈善护理折扣的协议均将无效, 并将追溯至账单的欠款日期。我可能会承担收款过程中的任何/所有法律费用。

在下面签名的所有成年家庭成员授权公布与其医疗保健或经济援助资格直接相关的任何医疗、财务或就业信息。这一信息可向家庭成员向其寻求医疗保健服务或财政援助的任何医疗机构公布。根据 HIPAA 联邦法规的规定, 所提供的所有信息都将保密。可能不考虑为外科手术提供援助。

我同意, 如果我收到本申请所涵盖的医疗服务的任何形式的付款, 例如保险付款、政府计划付款、诉讼赔偿金或任何其他付款, 我将全额偿还财政援助。

如果我获得了财政援助, 我同意告诉组织我第一次申请的任何可能影响资格的变化, 包括家庭规模、收入和健康保险范围的变化。我明白如果我/我们的健康状况发生变化, 我/我们可能有资格申请公共援助计划, 我将需要申请该计划并提供申请证明。

申请人签名

日期

联合申请人签名

日期

受抚养人签名

日期