



修订日期 Mar/2024

主要申请人姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

返回至： 印第安纳大学卫生系统  
1155 W.3<sup>rd</sup> St.  
Bloomington, IN 47404

电子邮件： [FinancialAssistance@IUHealth.org](mailto:FinancialAssistance@IUHealth.org)  
电话： 1.888.531.3004  
传真： 1.812.353.2032

## 关于 IU Health 经济援助政策 (IU Health Financial Assistance Policy)

如果您是印第安纳州居民（定义请见 IU Health 经济援助政策），并接受了符合我们政策定义的治疗，且难以承受医疗费用并提交了申请，则您可能有资格获得额外经济援助。如果您符合以下联邦贫困线 (FPL) 资格标准，则您最高可获得医疗费用全額的经济援助。

| 家庭成年人数 | 家庭受抚养人数 | 联邦贫困线收入门槛 |
|--------|---------|-----------|
| 1 人以上  | 0       | 200%      |
| 2 人以上  | 1 人以上   | 250%      |
| 1 人    | 1 人以上   | 300%      |

如果您的收入高于规定水平，且您所欠费用超过您家庭年收入的5%，在您提出申请后，您可能有资格获得折扣，从而将医疗费用自付余额降低至您年收入的 5%。

如需查阅完整的 IU Health 经济援助政策，请访问：<https://iuhealth.org/pay-a-bill/financial-assistance>

## 所需文件

为确保经济援助申请能够顺利受理，请务必将以下财务信息与已填写并签名的经济援助申请表一并交回。为确保您的申请能被及时处理，请在二十一（21）个日历日内将申请表交回。**请勿寄送原始文件。**

- a. 过去三（3）个月内家庭或担保人的所有收入来源，至少包含以下其中一项：
  1. 最近三（3）个月的工资单或社会保障福利证明；
  2. 最近一期的州和联邦纳税申报表，需包含所有附表；或
  3. 最近一期的 W-2 表格。
- b. 最近三（3）个月的支票和储蓄账户、定期存单、股票、债券和货币市场账户的对账单。
- c. 如果患者或担保人的收入未达到需申报联邦纳税表的标准，当事人可提交一份宣誓书以证明上述情况。

此外，申请人必须提交两（2）份符合条件的文件，以证明其印第安纳州居民身份和主要住址（不得使用邮政信箱地址）。符合条件的文件可包括以下内容：

1. 公用事业公司、信用卡或其他账单：
  - a. 在申请日期起六十（60）天内签发；且
  - b. 包含申请人的姓名和居住地址。
2. 包含以下内容的住房抵押贷款或类似贷款合同，或租赁合同：
  - a. 申请人的姓名和居住地址；且
  - b. 执行协议所需各方的签名。
3. 美国邮政服务（U.S. Postal Service）出具的地址变更确认单（表格CNL107），其中需包含申请人的旧地址与新地址。
4. 印第安纳州选民登记卡。
5. 由有执照的测量员出具、包含申请人姓名和居住地址的申请人印第安纳州房产测绘报告。



修订日期 Mar/2024

主要申请人姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

**申请表**

街道地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_ 主要电话：\_\_\_\_\_

主要电子邮件：\_\_\_\_\_

在过去12个月内，您的家庭中是否有人曾向IU Health申请或获批经济援助？

是  否。如果是，请说明是谁？\_\_\_\_\_

**家庭成员**

请提供所有家庭成员的全名和出生日期。请为每位家庭成员填写每个方框。

| 姓名<br>全名 - 名字, 中间名首字母, 姓氏 | 出生日期 | 社会保障号码 | 婚姻状况 | 纳税申报状态   | 是否申请经济援助  |
|---------------------------|------|--------|------|--|---|
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                           |      |        |      | <input type="checkbox"/> 单身<br><input type="checkbox"/> 已婚合并申报<br><input type="checkbox"/> 已婚分开申报<br><input type="checkbox"/> 户主<br><input type="checkbox"/> 符合条件的遗孀<br><input type="checkbox"/> 不申报税务 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |



修订日期 Mar/2024

主要申请人姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

保险信息

请说明您或您家庭中的任何成员是否拥有以下任何保险：

家庭是否已申请医疗补助 (Medicaid) ?  是  否 如果未申请, 请说明原因: \_\_\_\_\_

如果已申请, 请提供申请日期: \_\_\_\_\_ 申请状态:  待处理  已批准  已拒绝

在接受医院服务时, 家庭是否有任何成员拥有医疗保险?  是  否

如果是, 请填写以下内容:

| 投保人姓名 | 保险公司名称 | 生效日期 | 保单号/团体保单号 | 受保成员姓名 |
|-------|--------|------|-----------|--------|
|       |        |      |           |        |
|       |        |      |           |        |
|       |        |      |           |        |
|       |        |      |           |        |

家庭就业/收入

如果处于失业状态并正在领取失业救济金, 请将信息列在“其他家庭收入”部分。

| 家庭成员 | 雇主名称、地址及职位<br><small>如适用, 请提供雇主名称。</small> | 收入金额<br><small>(按右侧支付周期计算)</small> | 周期<br><small>请选择一项</small>   | 开始日期 | 结束日期<br><small>(如适用)</small> |
|------|--|------------------------------------|--|------|------------------------------|
|      |  |                                    | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月<br><input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 |      |                              |
|      |  |                                    | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月<br><input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 |      |                              |
|      |  |                                    | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月<br><input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 |      |                              |
|      |  |                                    | <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月<br><input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每年<br><input type="checkbox"/> 每小时 # 小时/周 |      |                              |

其他家庭收入

请说明您或您家庭中的任何成员是否获得以下类型的月收入：

| 类型      | 家庭成员 | 每月金额 | 类型                    | 家庭成员 | 每月金额 |
|---------|------|------|-----------------------|------|------|
| 退伍军人福利： |      |      | 失业救济金：                |      |      |
| 子女抚养费：  |      |      | 补充保障收入/社会保障金/社会保障残疾金： |      |      |
| 退休金：    |      |      | 其他：                   |      |      |

家庭收入汇总

请记录上方各字段计算的总金额：

| 家庭总人数 | 家庭总收入 | 其他家庭总收入 |
|-------|-------|---------|
|       |       |         |

资产/资源

请说明您或您家庭中的任何成员是否拥有以下任何资产/资源：

| 家庭成员    | 类型                    | 价值 |
|---------|-----------------------|----|
|         | 支票账户总额                |    |
|         | 储蓄账户总额                |    |
|         | 其他 (定期存单、股票、债券、货币市场等) |    |
| 所有资产总计： |                       |    |



修订日期 Mar/2024

主要申请人姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

**支出**

请说明您或您家庭中的任何成员是否有以下任何月度支出：

| 支出项目：         | 家庭成员 | 每月支出金额： | 支出项目： | 家庭成员 | 每月支出金额： |
|---------------|------|---------|-------|------|---------|
| 租金/按揭贷款       |      |         | 水电燃气费 |      |         |
| 伙食费           |      |         | 信用卡还款 |      |         |
| 车贷还款          |      |         | 汽车保险  |      |         |
| 医疗费用          |      |         | 购药费用  |      |         |
| 儿童保育          |      |         | 其他    |      |         |
| <b>每月总支出：</b> |      |         |       |      |         |

**核实与授权**

(须由所有成年家庭成员填写)

本人特此证明，在本人所知范围内，我所提供的答案均真实准确，如有虚假，愿受伪证罪处罚。

本人同意，如果我的（或我所代理之人）收入、房产、支出、家庭人数或地址发生变化，我将在十（10）天内告知 IU Health。

本人理解，我可能会被要求证明我的陈述，并且我的资格陈述将通过联系我的雇主、银行、信用提供者以及财产调查进行核实，我在此授权 IU Health 及其指定人员进行上述核实。

本人理解，法律要求医院对我提供的任何信息保密。

本人同意允许 IU Health 的员工和承包商联系本申请中确定的任何成年家庭成员，以获取完成和处理本申请所需的所有信息。

本人进一步同意，考虑到因意外或伤害而接受医疗服务，我将从因该事件产生的任何诉讼或和解收益中偿还医院。

本人理解，如果我不符合经济援助资格，我可以提交书面申诉并附上补充证明文件。如果我的经济援助申请仍被拒绝，我可能需要负责支付未付账单。

成年成员签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

成年成员签名（如适用）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

成年成员签名（如适用）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_

成年成员签名（如适用）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_