



地址：500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 電話：682.236.3000 或 800.890.6034
傳真：682.236.4606

電子郵件地址：THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

日期 / *Date*: _____ 保證人姓名 / *Guarantor Name*: _____

患者姓名 / *Patient Name*: _____ 就診日期 / *Date(s) of Service*: _____

客戶號 / *Account #*: _____ 醫療紀錄號碼 / *Medical Record #*: _____

親愛的患者及/或保證人：

附件為 **Texas Health Resources** 的紓困申請書。我們會依照填妥之申請書審查相關資料，幫助您爭取獲得醫院、醫師或緊急照護帳單的紓困。本申請書僅適用於您所積欠之 **Texas Health** 醫院、**Texas Health Breeze** 緊急照護中心或 **Texas Health** 醫師集團帳單金額。

我們了解您對隱私權的要求。因此，您申請書所提供之資料，除了需要確認的部分，都將視為保密文件，僅與 **Texas Health Resources** 網路中有需要知情的人分享。

請務必完全填寫申請書中所有項目，若需要更多空間進行說明，可使用申請書背面。

申請過程中，收入證明是必備文件，可接受的文件類別請見下表。若不提供相關證明文件，您的紓困申請可能被駁回。

請務必於收到本申請書後，將之填妥，並盡快交回。

若於填寫本申請書時遇到問題或是有任何不清楚的地方，請來電詢問。您的配合，是完成申請書之要件。

所需「收入證明」類別文件取決於個人財務狀況

下列其一或是全部文件都可能是決定您紓困申請結果的必備文件。

1. 所有雇主之薪資條（每一份工作須最近3個月）
2. 社會安全或退休金帳戶證明
3. 若是自營業主，須附上最近申報年度之個人所得稅申報書及 3 個月內個人銀行流水帳
 - a. 所得稅申報書=個人所得稅 1040 表格，包括附件 1 及其引述之其他任何副表
4. W-2 或 1099 表格（相關期間中之所有雇主）
5. 失業救濟金（所有通過或是駁回失業救濟金申請之表格）
6. 子女扶養費收入證明（司法部概述為優）
7. 收入機會來源證明（個人銀行流水帳）
8. 所有通過或是駁回 **Medicaid**（醫療補助計畫）及/或州政府資助醫療援助申請之表格
9. 雇主或社會福利機構書立之聲明書
10. 提供食物和住宿援助方簽立之支援信
11. 勞工保險收入證明
12. 殘障收入（短期殘障或長期殘障收入）證明
13. 所有通過或是駁回 **SNAP**（補充營養援助計畫）福利申請之表格



地址：500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 電話：682.236.3000 或 800.890.6034
傳真：682.236.4606

電子郵件地址：THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

紓困申請書（第一頁）

患者姓名 / Patient Name: 姓 / Last _____ 名 / First _____ 中間名 / MI _____

社會安全號碼 / Social Security # _____ 出生日期 / DOB: _____ 客戶號 / Account #: _____

已婚 / Married _____ 未婚 / Single _____ 離婚 / Divorced _____ 喪偶 / Widowed _____ 分居 / Separated _____

您有未成年（未滿 18 歲）孩子嗎？ / Do you have minor children (under 18)? _____ 有 / Yes _____ 沒有 / No _____
 他們與您同住嗎？ / Do they live with you? _____ 是 / Yes _____ 不是 / No _____
 他們是您親生或是合法收養之子女嗎？ / Are they your birth/legally adopted children? _____ 是 / Yes _____ 不是 / No _____
 患者是否受雇？ / Patient Employed? _____ 是 / Yes _____ 否 / No _____
 配偶是否受雇？ / Spouse Employed? _____ 是 / Yes _____ 否 / No _____
 您有醫療保險嗎？ / Do you have medical insurance? _____ 有 / Yes _____ 沒有 / No _____
 您是否為 HealthShare 會員或有任何費用分攤計畫？ / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? _____ 是 / Yes _____ 否 / No _____
 您是否領取殘障津貼？多長時間？ / Are you on disability? How long? _____ 是 / Yes _____ 否 / No _____
 您是退伍軍人嗎？ / Are you a veteran? _____ 是 / Yes _____ 不是 / No _____

家庭成員（共同住在家裡之成員）

配偶 / Spouse: _____
 孩子 / Child: _____ 年齡 / Age: _____
 孩子 / Child: _____ 年齡 / Age: _____
 孩子 / Child: _____ 年齡 / Age: _____
 孩子 / Child: _____ 年齡 / Age: _____

收入（每月金額）：

	總收入 / Gross	淨收入 / Net	支出 / Expenses	每月金額 / Monthly Amount
患者 / Patient	\$ _____	\$ _____	貸款或房租 / Mortgage/Rent	\$ _____
配偶 / Spouse	\$ _____	\$ _____	水電費 / Utilities	\$ _____
撫養親屬 / Dependents	\$ _____	\$ _____	車子支出 / Car Payments	\$ _____
公共援助 / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	食物或雜貨 / Food / Groceries	\$ _____
餐票 / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	信用卡 / Credit Cards	\$ _____
社會安全 / Social Security	\$ _____	\$ _____	其他 / Other (請註明 / please specify)	\$ _____
失業救濟金 / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
罷工津貼 / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
勞工保險 / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	總計 / TOTAL	\$ _____
贍養費 / Alimony	\$ _____	\$ _____		\$ _____
子女撫養費 / Child Support	\$ _____	\$ _____		\$ _____
軍隊撥款 / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		\$ _____
退休金 / Pensions	\$ _____	\$ _____		\$ _____
收入來源：定存、房租、股利、利息 / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		\$ _____
總計 / TOTAL	\$ _____	\$ _____		\$ _____

資產

支票帳戶 / Checking Account \$ _____
 儲蓄帳戶 / Savings Account \$ _____
 定存、個人退休帳戶 / CD's, IRA's \$ _____
 其他投資（股票、債券等等） / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____
 除主要住所外之不動產或土地 / Properties/Land other than primary residence \$ _____

修正日期：2023 年 8 月 16 日

TLC 10/23 THR.LAS_CHINESE (TAIWAN)



地址：500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 電話：682.236.3000 或 800.890.6034

傳真：682.236.4606

電子郵件地址：THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

紓困申請書（第二頁）

僱主姓名 / Name of Employer	_____	配偶之僱主 / Spouse's Employer:	_____
電話號碼 / Telephone #	_____	電話號碼 / Telephone #	_____
僱主地址 / Employer Address	_____	僱主地址 / Employer Address	_____
職業 / Occupation	_____	職業 / Occupation	_____

您目前是否在申請 Medicaid（醫療補助）福利？ / Are you currently applying for Medicaid Benefits? _____ 是 / Yes _____ 否 / No

您有透過所在地縣市醫院或貧困計畫申請援助嗎？ / Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program? _____ 有 / Yes _____ 沒有 / No

您的醫師是否為您義診？ / Is your physician donating his/her services? _____ 是 / Yes _____ 否 / No

是否有任何第三方有可能為您的意外、傷害或疾病負責？ / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness? _____ 是 / Yes _____ 否 / No

是否有人資助您支付 Texas Health 醫療帳單？ / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills? _____ 是 / Yes _____ 否 / No

誰在資助您？ / Who is assisting you? _____

您接受多少金額資助？ / How much assistance are you receiving? _____

請詳列所有您認為有用之訊息，以便我們決定您是否符合資格獲得 Texas Health 醫療帳單的紓困 /

List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

因病請假期間可預期的收入和/或收到之資金 / Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness

(病假、帶薪假、短期或長期殘障收入 / Sick leave, paid time off, short/long term disability income) \$ _____

預期無法工作和/或獲得工資之期間長度 / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____

我了解 Texas Health Resources 於審查評估本申請案過程中可能需要確認本申請書所提供之財務資料，故特此授權 Texas Health 與我的僱主及徵信機構聯繫，獲取相關證明書及徵信報告。我很清楚前述財務資料將用於決定我是否符合資格獲得紓困，而任何不實訊息都可導致紓困申請被駁回。我並且了解任何紓困計畫經過後，若有第三方或其他人償還帳款，則紓困計畫可能完全或部分撤回。

【若由第三方負責賠償】我並且了解我所接受的任何紓困方式，皆不得解釋為醫院放棄收回我所積欠之金額，而且我因本申請案所涉住院而接受的任何賠償款皆須直接付給 Texas Health Resources。

提出申請者簽名（若為患者本人） / Signature of Person Making Request, If Patient _____ 日期 / Date _____

提出申請者簽名（若非患者本人） / Signature of Person Making Request, If Not Patient _____ 與患者關係 / Relationship _____

患者地址 / Patient's Address 市 / City 州 / State 郵遞區號 / ZIP 郡 / County 住宅電話號碼 / Home Telephone Number