



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 或 800.890.6034 |
传真 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

日期 / *Date*: _____ 担保人姓名 / *Guarantor Name*: _____

患者姓名 / *Patient Name*: _____ 医疗服务日期 / *Date(s) of Service*: _____

账号 / *Account #*: _____ 病历号 / *Medical Record #* : _____

尊敬的患者和/或担保人:

随函附上德克萨斯州卫生资源财政援助申请表。完成本申请会使我们能够在支付医院账单、医生账单或紧急账单时提交您的账户，以考虑您是否可获得财政援助。此申请仅适用于 **Texas Health 医院、Texas Health Breeze 紧急护理中心或 Texas Health 医生集团的未结清余额。**

我们知道您享有隐私权。因此，除核实用途外，您申请表中的信息将被视为机密信息。只有在必要的情况下，我们才会在 **Texas Health** 资源机构共享这些信息。

请完成申请表上的各项内容。如果您需要额外空间进行说明，请使用申请表的背面。

处理申请需要收入证明。请参阅已下可接受的文件。如果未能提供所要求的文件，可能会导致您的财政援助被拒。

请务必在收到本申请表后尽快填写并交回。

如果您在填写本申请表时遇到困难或有不清楚的地方，请致电我们团队。完成本申请需要您的合作。

所需的收入证明文件取决于您的经济状况。

在确定您的财政援助申请结果时，可能需要以下任一或所有文件。

1. 所有工作的工资单——每份工作的 3 张当前工资单。
2. 社会安全或养老金对账单。
3. 自雇人员必须提供最近一个日历年度的个人报税表和 3 个月的个人银行详细对账单。
 - a. 报税表 = 个人 1040 加 schedule 1 和 schedule 1 中提及的任何其他附表。
4. 相关时间段内所有工作的 W-2 或 1099 报税表。
5. 失业福利——批准或拒绝失业补偿的表格。
6. 子女抚养费收入证明——检察长摘要优先。
7. 可用资源证明——详细的个人银行对账单。
8. 批准或拒绝医疗补助和/或州资助医疗援助资格的表格。
9. 雇主或福利机构的书面声明。
10. 提供食物和住所的一方签署的支持信。
11. 工伤赔偿收入证明。
12. 短期或长期残疾收入对账单。
13. 批准或拒绝补充营养资助计划 (SNAP) 福利资格的表格。



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 或 800.890.6034 |
 传真 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

财政援助申请——第 1 页

患者姓名 / Patient Name: 姓 / Last _____ 名 / First _____ 中间名 / MI _____

社会安全号 / Social Security # _____ 出生日期 / DOB: _____ 账号 / Account #: _____

已婚 / Married _____ 未婚 / Single _____ 离异 / Divorced _____ 丧偶 / Widowed _____ 分居 / Separated _____

您是否有未成年子女（18 岁以下）？ / Do you have minor children (under 18)? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 他们是否和您住在一起？ / Do they live with you? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 他们是否为您亲生/合法领养的子女？ / Are they your birth/legally adopted children? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 患者是否有工作？ / Patient Employed? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 配偶是否有工作？ / Spouse Employed? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 您是否有医疗保险？ / Do you have medical insurance? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 您是医疗共享/成本共享计划的成员吗？ / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 您是否残疾？多长时间？ / Are you on disability? How long? _____ 是 / Yes _____ 否 / No
 您是否为退伍军人？ / Are you a veteran? _____ 是 / Yes _____ 否 / No

家庭成员——（在家中生活）

配偶 / Spouse: _____
 子女 / Child: _____ 年龄 / Age: _____
 子女 / Child: _____ 年龄 / Age: _____
 子女 / Child: _____ 年龄 / Age: _____
 子女 / Child: _____ 年龄 / Age: _____

收入（每月金额）：

	毛收入 / Gross	净收入 / Net	支出 / Expenses	每月金额 / Monthly Amount
患者 / Patient	\$ _____	\$ _____	按揭/租金 / Mortgage/Rent	\$ _____
配偶 / Spouse	\$ _____	\$ _____	水电杂费 / Utilities	\$ _____
受供养者 / Dependents	\$ _____	\$ _____	汽车开支 / Car Payments	\$ _____
公共援助 / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	食物/生活用品 / Food / Groceries	\$ _____
食品券 / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	信用卡 / Credit Cards	\$ _____
社会安全 / Social Security	\$ _____	\$ _____	其他 / Other	_____
失业 / Unemployment	\$ _____	\$ _____	(请注明 / please specify)	_____
罢工津贴 / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
给工人的补偿 / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	总计 / TOTAL	\$ _____
赡养费 / Alimony	\$ _____	\$ _____		
子女抚养费 / Child Support	\$ _____	\$ _____		
军用拨款 / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
养老金 / Pensions	\$ _____	\$ _____		
收入来源：定期存款、租金、股息、利息 / Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$ _____	\$ _____		
总计 / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

资产

支票账户 / Checking Account \$ _____
 储蓄账户 / Savings Account \$ _____
 定期存款、个人退休金账户 / CD's, IRA's \$ _____
 其他投资（股票、债券等） / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$ _____
 主住宅以外的房产/土地 / Properties/Land other than primary residence \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 或 800.890.6034 |
 传真 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

财政援助申请——第 2 页

雇主名称 / <i>Name of Employer</i>	_____	配偶的雇主 / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
电话号码 / <i>Telephone #</i>	_____	电话号码 / <i>Telephone #</i>	_____
雇主地址 / <i>Employer Address</i>	_____	雇主地址 / <i>Employer Address</i>	_____
职业 / <i>Occupation</i>	_____	职业 / <i>Occupation</i>	_____

您目前是否正在申请医疗补助 (Medicaid) 福利? / *Are you currently applying for Medicaid Benefits?* _____ 是 / Yes _____ 否 / No

您是否已通过县医院/扶贫计划申请援助? / *Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?* _____ 是 / Yes _____ 否 / No

您的医生是否免费为您提供服务? / *Is your physician donating his/her services?* _____ 是 / Yes _____ 否 / No

是否可能存在应承担责任的第三方对您的事故/伤害/疾病负责? / *Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?* _____ 是 / Yes _____ 否 / No

是否有人援助您支付 Texas Health 的医疗账单? / *Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?* _____ 是 / Yes _____ 否 / No

谁援助您? / *Who is assisting you?* _____

您目前收到多少援助? / *How much assistance are you receiving?* _____

请列出您认为有助于我们确定您是否有资格获得 Texas Health 医疗账单的任何其他信息 /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

您因病请假期间, 您的预期收入和/或资金 / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.*
 (病假、带薪休假、短期/长期伤残收入 / *Sick leave, paid time off, short/long term disability income*) 。 \$ _____

您无法工作和/赚取工资的预计时间长度 / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* _____

我明白 Texas Health Resources 在评估本申请时会核实本申请表中的财政信息, 并特此授权 Texas Health 与我的雇主联系以证明所提供的信息, 并要求信用报告机构提供报告。我知悉这些信息将用于确定我是否有资格获得资助, 如果在本申请表中作假, 可能会导致我无法获得援助。我也明白, 如果能够从第三方或其他来源获得补偿, 可能会完全或部分撤销批准的任何财政援助。

[仅限第三方责任] 我还明白, 不应将用我收到的任何财政援助支付护理服务解释为医院放弃其对我偿还欠款的留置权, 且我收到的与本次住院相关的任何补偿必须送到 Texas Health Resources。

申请人签名 (患者) / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	_____	日期 / <i>Date</i>	_____
---	-------	------------------	-------

申请人签名 (非患者) / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	_____	关系 / <i>Relationship</i>	_____
--	-------	--------------------------	-------

患者地址 / <i>Patient's Address</i>	城市 / <i>City</i>	州 / <i>State</i>	邮编 / <i>ZIP</i>	县 / <i>County</i>	住宅电话号码 / <i>Home Telephone Number</i>
------------------------------------	---------------------	---------------------	--------------------	----------------------	--