

经济援助申请

克里斯提护理保健服务(CCHS)是邻居们敬重、专业、关怀的健康照护伙伴。我们致力于让人们能够负担得起医疗费用，并为无力支付医疗费用的居民提供折扣、付款选择和经济援助，包括急诊服务和需要住院的牙科治疗。

如果您没有保险或保额不足，您将有资格获得经济援助。您必须符合以下条件：

- 您需要说明自身或亲属可获得的所有收入和保险福利。
- 您是特拉华州或四个邻近郡的居民。包括塞西尔、塞勒姆、特拉华和切斯特郡。在本申请中，将这些人称为居民。
- 您可以提供支持证明经济援助资格和居民身份的文件。

经济援助申请流程：

1. 填写经济援助申请检查单和申请表格，并提供证明文件。
 - 在审查经济援助申请前，需要提供收入证明、家庭成员人数和证明文件。
2. 我们将审核您提交的申请，并决定您是否符合我们的经济援助方案。**与收入相关的经济援助标准是根据联邦贫穷水平指标制定的。**
3. 在发布决定之前若需要更多的信息，我们会联系您。如果确定符合条件，我们将在发放财政援助之前要求您申请州医疗援助。
4. 如果确定您不符合我们的经济援助方案，我们将考虑您是否有资格参加一个分期付款计划，使您每月能够使用门坎限额进行付款。
5. 如果您符合条件，将收到一封经济援助批准信。经济援助的有效期为一年。

提交您的申请

将完整的经济申请连同所需的全部文件和签名邮寄至：

Christiana Care Health Services
Attention: Financial Assistance
PO Box 2653
Wilmington, DE 19805

若您有疑问，请拨打 **302-623-7440** 询问经济援助代理人。更多信息可前往 www.christianacare.org/financial-assistance 查看。

请勿提交本页

经济援助申请表

您的申请中必须包括此清单以及所有相关的文件：（请只递交副本，不应递交正本）

1. 如果您没有收入，且年龄小于 65 岁：

- 您可能有资格申请州医疗补助。请联络卫生和社会服务部，以便向您所在的本地办事处完成申请医疗补助。您必须完成这一步骤，我们才会考虑您的经济援助申请。

如果您申请州医疗补助(Medicaid)被拒：

- 如果州拒绝提供您医疗补助，请给我们寄一份拒绝信的副本。若无此信件，我们将不会审阅您的申请。

2. 若您有收入：

如果您要提交联邦所得税申报表，您必须：

- 附上您最近的一份国税局报税表；也就是 (IRS 1040 表格) 所有相关附表（如附表 c, d, e）和 W2。

如果您没有提交联邦所得税申报表，则必须：

- 提供可从 IRS.gov 获得的 IRS 非报税表格 4506-T

有人声称您是联邦所得税申报表的受扶养者吗？若有，您必须：

- 提供所有声称您是受扶养者的人最近的联邦所得税申报表的副本。

3. 保险：

- 您有主要和次要健康保险吗？ · 有 · 没有
- 若有，请提供保险名称以及 ID# _____
- 有资格获得州医疗补助（Medicaid）吗？ · 有 · 没有
- 若有资格，请填写州医疗补助 ID#, _____ 获得资格日期: _____
- 如果没有，您在过去六个月内有否申请过医疗补助？ · 是 · 否
- 若是，并且医疗补助被拒，附上“拒绝信”的副本。
- 这些服务是否涉及车祸、工伤赔偿或任何第三方诉讼？若是，请勾选相应方格 · 车祸 · 工伤赔偿 · 其它
- 代表律师姓名： _____ 电话 _____
- 律师地址： _____

4. 需要附加的文件（如果适用的话）：

- 近三个月的所有银行流水工资存根
- 政府签发的患者及配偶身份证明（例如：驾驶证、护照、签证、永久居民卡）。
- 保险卡复印件（正反两面）
- 最近的 IRS 表格 1040 和相关附表以及 W-2's
- SSA 1099 表格（年度报表）
- 失业或工人补偿给予信件
- 退休金，退休费，赡养费，退伍军人福利

经济援助申请表

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| 患者姓名: | 配偶姓名: |
| 患者的社会保险号: | 配偶的社会保险号: |
| 电话号码: | 电话号码: |
| 患者是否是美国公民 · 是 · 否 | 配偶是否是美国公民 · 是 · 否 |
| 患者是否是合法永久居民 · 是 · 否 | 配偶是否是合法永久居民 · 是 · 否 |
| 患者出生日期 (月/日/年): | 配偶出生日期 (月/日/年): |
| 住址 (房号, 邮政信箱, 街道, 市, 州, 邮编) | |

申请时请提供所有有效的身份证件 (当前驾照、护照、签证、永久居民卡)。

患者须知: 我已知晓全部所需文件概不退还本人。我已知晓, 我所提供的数据将用于确定我在克里斯提健康护理服务 (CCHS) 或受雇于 CCHS 医师执业服务中的经济援助和经济责任。我了解并知晓, 本人所填报的家庭年收入、住户人数及居民身分等资料均属实, 并服从 CCHS 检查核实。我知晓, 我必须听从 CCHS 的要求在申请州医疗补助的过程中必须全力配合, 之后 CCHS 才会考虑给我经济援助。我知晓, 如本人经批准获得了经济援助, 但之后在资格期内获得保险; 我必须联系 (302) 623-7440, 告知其更新后的保险信息。我知晓, 本人将承担不包含在经济援助中的任何服务的经济责任。我知晓, 在收到经济援助批准书后, 本人的经济援助范围有效期为一年, CCHS 将本于善意调整在批准日期前一年内的余额。我知晓, 一年后需重新递交申请。我知晓, 如本人不符合经济援助资格, 本人将根据 CCHS 规定的结余限额, 为所有欠款项目订立每月付款计划。我知晓, 如本人所提供的数据被证实为虚假数据, 将被撤销获准资助的资格, 并须承担一切费用。我同意 CCHS 核实我提供的任何信息, 包括但不限于必要时的信用调查。

 申请人签名

 签字日期

 正楷签名

 此栏供 CCHS 使用