



SERIOUS MEDICINE. EXTRAORDINARY CARE.™

保证人姓名  
地址  
城市、州、邮编

日期：当天日期

姓名（名字、中间名、姓氏）	负责方 ID 号码：	返回方：
---------------	------------	------

Nebraska Medicine 致力于为那些可能没有充分的可用资金来源的患者提供医疗照护。如果您符合援助条件，那么您的部分账单，最长达 100%，可能会被免除。您将无需负责支付免除的金额。Nebraska Medicine 以不因种族、教义、肤色、性别、原国籍、宗教或年龄而歧视任何人的方式管理此援助计划。

**说明：**完整填写此申请表。申请必须包括适合您的下列任何文件的副本。请附上副本而非原本，因为 Nebraska Medicine 无法保证归还随附申请表发送的文件。**如果缺失任何文件，将会延迟您的申请处理速度并/或可能导致您的申请遭拒，进而令您需要负责全部余额。**

将填写完毕的申请表和文件发送到：

Nebraska Medicine  
Attn: Patient Access - Financial Counseling  
987530 Nebraska Medical Center  
Omaha, NE 68198-7530

**1. 如果您有收入：**

随附您的一份最近的 IRS 表 1040 和适当明细表的副本

**如果您没有提交联邦所得税申报单，则必须：**

- 以书面形式表明您无需提交以及其原因（随申请表发送）
- 向我们发送将您声称受抚养人的任何人的最近联邦所得税申报单副本

**附上您的家庭收入的其他证明，其中可能包括：**

- 社会保险 1099 表或判决授予书
- 失业金或工伤赔偿裁定书
- 上两张工资单（自己、配偶及居住在家庭内的其他人）
- 如果您是自雇者，则还必须包括明细表 C 和/或损益表
- 子女抚养费或赡养费
- Snap（补充营养援助计划，食品券），供暖或住房援助方案

**2. 如果您没有收入：**

如果您没有收入，请向我们发送一份资助证明书。为您提供支持的人必须签署此信函并且将此文件公证。

**3. 家庭可用现金证明**

- 支票和/或储蓄账户
- 股票、债券、存款证明（CD）、高收益利息账户或年金
- 任何其他投资，包括不动产
- 健康储蓄账户（HAS）、医疗储蓄账户（MSA）、灵活支出安排（FSA）或健康偿付安排（HRA）

**4. 医疗援助拒绝信**

根据首次财务筛查，您可能需要在我们能够批准您的申请前申请医疗援助（Medicaid、Disability 和/或其他可用的计划）并发送您的拒绝信副本。虽然针对服务的经济援助可能获准，但您可能需要在此过程中的任何时间填写完成医疗援助申请表。

姓名（名字、中间名、姓氏）

负责方 ID 号码：

返回方：

**经济援助申请表**

负责方姓名：

地址：

城市：

州：

邮编：

日间电话号码：

家庭规模（患者、配偶和受抚养人）：

婚姻状况：

 就业状况：  全职  兼职  自雇  失业  学生 雇主姓名：

就业时间：

失业日期/时间：（年月日）

配偶/伙伴姓名：

 就业状况：  全职  兼职  自雇  失业  学生 雇主姓名：

就业时间：

失业日期/时间（年月日）

受抚养人（如果超过 5 名受抚养人，则使用单独页面）

全名

关系

出生日期（年月日）

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

 您有健康保险吗？.....  是  否

如果是，请随附您的保险卡的正面和背面副本。

 您是否在过去的 6 个月内申请 Medicaid/Disability 或其他政府援助？.....  是  否

如果是，请随附拒绝信或资格证明副本。

与车祸、工伤赔偿或任何第三方诉讼相关的服务，请提供律师和/或代表的姓名和联络信息：

姓名：

地址：

电话号码：

个案类型：

家庭月收入：提供您自己和其他家庭成员的月收入。此外附上您的 IRS 表 1040 和其他收入证明文件的副本（参见文件清单）。

	自己	配偶和/或其他家庭成员		自己	配偶和/或其他家庭成员
工资	美元	美元	失业	美元	美元
自雇	美元	美元	工伤赔偿	美元	美元

