

感谢您联系 University of Utah Health 结算办公室，讨论您的账号以及咨询经济援助事宜。

请将以下文件邮寄至至本页结尾处的地址，以利作业进行：

- 完整填妥的财务申请表（请见附件）
- 目前财务状况说明书
- 3 个月内的银行对账单影本
- 去年的联邦所得税结算申报书（含 W-2）的完整影本
- 最近两(2)次薪资周期的薪资单和/或其收入的影本

您不一定要提供上述任何或所有文件。不过，若 University of Utah Health 无此信息，即无法判断您是否符合此项援助计划的资格，因此无法调整您的余额或避免账号遭到收款。

请务必在收到本函后 30 天内将这些文件寄出送达。若届时未收到上述文件，我们将继续收款作业。若您无法提供其中一或多份上述文件，请在函中说明无法提供该文件的原因。

所需文件一经提交，办公室即进行审核作业，确定您是否符合完整财务援助或部分援助的资格。我们会在收到申请书后的 30 天内通知您审核结果。若您有任何疑问，请致电以下任一电话号码联系客服代表。

此致，

账单代表

University of Utah Health

801-587 - 6303 (Utah 州内通话)

800-862 - 4937 (Utah 州外通话)

财务援助申请书

病患姓名	出生日期	账号:

责任方姓名 _____ 出生 _____ 日期 _____ 社会安全号码 _____

与病患的关系 _____ 住家电话 _____ 手机 _____

雇主姓名 _____ 工作电话 _____

配偶姓名 _____ 配偶出生日 _____ 期 _____ 社会安全号码 _____

配偶住家电话 _____ 配偶手机 _____ 配偶雇主姓名 _____

请列出过去 12 个月曾居住过的地址:

地址	城市	州	邮递区号	从 (月/年)	到 (月/年)

配偶是否与责任方 (第一部分) 同住? 是 否

家庭规模

我们采用类似 IRS 的指引来判断家庭成员。

同住总人数	
-------	--

请圈出“是”或“否”

眷属姓名	出生日期	关系	与责任方同住时间超过一年半	责任方为此人提供超过一年半的支持	美国公民、美国国籍、美国居民、加拿大居民或墨西哥居民?	责任方是否为将此人登记为眷属的唯一一人?
			是 否	是 否	是 否	是 否
			是 否	是 否	是 否	是 否
			是 否	是 否	是 否	是 否

			是 否	是 否	是 否	是 否
			是 否	是 否	是 否	是 否
			是 否	是 否	是 否	是 否
			是 否	是 否	是 否	是 否

收入

收入类型	责任方金额	配偶金额	所需证明文件
就业 - 总收入	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3个月内的银行对账单影本 <input type="checkbox"/> 去年的联邦所得税结算申报表(含W-2)的完整影本 <input type="checkbox"/> 最近两(2)次薪资周期的薪资单和/或其收入的影本
自营 - 总收入	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3个月内的银行对账单影本 <input type="checkbox"/> 去年的联邦所得税结算申报表(含W-2)的完整影本 <input type="checkbox"/> 损益表
养老金、退休金、IRA、401K、社会安全生活补助金	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供您的养老金/退休金收入表和/或社会安全资助证明
失业、残障福利金	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供失业或残障资助证明 <input type="checkbox"/> 3个月内的银行对账单
抚养费、赡养费	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3个月内的银行对账单
其他(请列出来源):	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供3个月内的银行对账单影本, 随附收入来源说明

资产

类型	金融机构	总余额
现金		\$
储蓄账户		\$
支票账户		\$
股票或债券		\$
其他:		\$

所有未缴医疗贷款

账号	医疗服务提供者名称	原始余额	目前余额	每月还款金额
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

列出目前所有债务

债权人、债务类型 (信用卡、个人借贷)	每月还款金额	目前余额
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

我们会要求申请财务援助的所有病患寻求其他资助方式。

请选取“是”或“否”。

您的雇主或配偶雇主是否提供团体医疗保险?

<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否

若答案为“是”，请列出保险公司：

您是否有其他类型的保险，例如 Allstate、AFLAC 等?

若答案为“是”，请列出保险公司：

您是否有健康储蓄账户/弹性消费账户?

您的雇主是否会对任何自负额或健康照护费用提供补助?

您是否曾遭 Medicaid 拒绝?

若答案为“是”，请附上 Medicaid 拒保影本。

您是否曾申请过州援助计划

范例：CHIP、PCN、犯罪受害者等。

您是否通过先前雇主而符合 COBRA 资格?

您是否具备家庭或教堂援助?

* 若有家人或朋友提供援助，我们则需要他们提供信函说明其援助方式。

请在下方说明您的财务状况。并详述您所处状况与无法支付医疗贷款的情形。如需更多空间，可另纸说明。

申请人签名

本人在此声明且愿意宣誓，表中信息在本人所知范围内均正确且完整。本人也了解征信报告可能会被撷取查询以验证资源。

签名 (责任方) 日期

签名 (配偶) 日期

请将所有通讯内容寄送至：

University of Utah Health

Billing Office

PO Box 841482

Los Angeles, CA 90084-1482

电子邮件： billing@healthcare.utah.edu

传真： 801.213.3385

隐私权法律通知： University of Utah Health 会以保密方式保留您的社会安全号码用于例行用途，例如文件配对、确认身分、追踪医疗记录、药物敏感、原先存在的状况、贷款收款，以及向您的保险公司、Medicaid、Medicare 等付款方或工业委员会提供此信息。您是自愿披露您的社会安全号码，但此亦为必要之举，以决定您是否符合折扣资格以及发放贷款。若您的付款方会将您的社会安全号码用于身分识别码，则若未提供社会安全号码可能导致承保服务的付款延迟或遭拒，而您可能收到该些服务的账单。您的社会安全号码会在经过您的同意下用于这些用途。

University of Utah Health 遵循适用联邦民权法律，且不会根据种族、肤色、原国籍、年龄、身心障碍或性别而有所歧视。