

感謝您聯絡 University of Utah Health 結算辦公室，討論您的帳號以及諮詢經濟援助事宜。

請將以下文件郵寄至本頁結尾處的地址，以利作業進行：

- 完整填妥的財務申請表 ( 請見附件 )
- 目前財務狀況說明書
- 3 個月內的銀行對帳單影本
- 去年的聯邦所得稅結算申報書 ( 含 W-2 ) 的完整影本
- 最近兩(2)次薪資週期的薪資單和/或其收入的影本

您不一定要提供上述任何或所有文件。不過，若 University of Utah Health 無此資訊，即無法判斷您是否符合此項援助計畫的資格，因此無法調整您的餘額或避免帳號遭到收款。

請務必在收到本函後 30 天內將這些文件寄出送達。若屆時未收到上述文件，我們將繼續收款作業。若您無法提供其中一或多份上述文件，請在函中說明無法提供該文件的原因。

所需文件一經提交，辦公室即進行審核作業，確定您是否符合完整財務援助或部分援助的資格。我們會在收到申請書後的 30 天內通知您審核結果。若您有任何疑問，請致電以下任一支電話號碼聯絡客戶服務代表。

此致，

帳單代表

University of Utah Health

801-587 - 6303 ( Utah 州內通話 )

800-862 - 4937 ( Utah 州外通話 )

## 財務援助申請書

病患姓名	出生日期	帳號：

責任方姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 社會安全號碼 \_\_\_\_\_

與病患的關係 \_\_\_\_\_ 住家電話 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_

雇主姓名 \_\_\_\_\_ 工作電話 \_\_\_\_\_

配偶姓名 \_\_\_\_\_ 配偶出生日期 \_\_\_\_\_ 社會安全號碼 \_\_\_\_\_

配偶住家電話 \_\_\_\_\_ 配偶手機 \_\_\_\_\_ 配偶雇主姓名 \_\_\_\_\_

請列出過去 12 個月曾居住過的地址：

地址	城市	州	郵遞區號	從 (月/年)	到 (月/年)

配偶是否與責任方 ( 第一部分 ) 同住？ 是 否

## 家戶規模

我們採用類似 IRS 的指引來判斷家戶成員。

同住總人數	
-------	--

請圈出「是」或「否」

眷屬姓名	出生日期	關係	與責任方同住時間超過一年半	責任方為此人提供超過一年半的支援	美國公民、美國國籍、美國居民、加拿大居民或墨西哥居民？	責任方是否為將此人登記為眷屬的唯一人？
			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

收入類型	責任方金額	配偶金額	所需證明文件
就業 - 總收入	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3個月內的銀行對帳單影本 <input type="checkbox"/> 去年的聯邦所得稅結算申報書(含W-2)的完整影本 <input type="checkbox"/> 最近兩(2)次薪資週期的薪資單和/或其收入的影本
自營 - 總收入	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3個月內的銀行對帳單影本 <input type="checkbox"/> 去年的聯邦所得稅結算申報書(含W-2)的完整影本 <input type="checkbox"/> 損益表
養老金、退休金、IRA、401K、社會安全生活補助金	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供您的養老金/退休金收入表和/或社會安全資助證明
失業、殘障福利金	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供失業或殘障資助證明 <input type="checkbox"/> 3個月內的銀行對帳單
撫養費、贍養費	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3個月內的銀行對帳單
其他(請列出來源):	\$	\$	<input type="checkbox"/> 提供3個月內的銀行對帳單影本, 隨附收入來源說明

## 資產

類型	金融機構	總餘額
現金		\$
儲蓄帳戶		\$
支票帳戶		\$
股票或債券		\$
其他:		\$

## 所有未繳醫療貸款

帳號	醫療服務提供者名稱	原始餘額	目前餘額	每月還款金額
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

**列出目前所有債務**

債權人、債務類型 (信用卡、個人借貸)	每月還款金額	目前餘額
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

我們會要求申請財務援助的所有病患尋求其他資助方式。

請選取「是」或「否」。

您的雇主或配偶雇主是否提供團體醫療保險？

<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

若答案為「是」，請列出保險公司：

---

您是否有其他類型的保險，例如 Allstate、AFLAC 等？

若答案為「是」，請列出保險公司：

---

您是否有健康儲蓄帳戶/彈性消費帳戶？

您的雇主是否會對任何自負額或健康照護費用提供補助？

您是否曾遭 Medicaid 拒絕？

若答案為「是」，請附上 Medicaid 拒保影本。

您是否曾申請過州援助計畫

範例：CHIP、PCN、犯罪受害者等。

您是否透過先前雇主而符合 COBRA 資格？

您是否具備家庭或教堂援助？

\* 若有家人或朋友提供援助，我們則需要他們提供信函說明其援助方式。

請在下方說明您的財務狀況。並詳述您所處狀況與無法支付醫療貸款的情形。如需更多空間，可另紙說明。

---



---



---



---



---



---



---



---



---



請將所有通訊內容寄送至：

**University of Utah Health**  
**Billing Office**  
PO Box 841482  
Los Angeles, CA 90084-1482  
電子郵件：billing@healthcare.utah.edu  
傳真：801.213.3385

**隱私權法律通知：**University of Utah Health 會以保密方式保留您的社會安全號碼用於例行用途，例如文件配對、確認身分、追蹤醫療記錄、藥物敏感、原先存在的狀況、貸款收款，以及向您的保險公司、Medicaid、Medicare 等付款方或工業委員會提供此資訊。您是自願披露您的社會安全號碼，但此亦為必要之舉，以決定您是否符合折扣資格以及發放貸款。若您的付款方會將您的社會安全號碼用於身分識別碼，則若未提供社會安全號碼可能導致承保服務的付款延遲或遭拒，而您可能收到該些服務的帳單。您的社會安全號碼會在經過您的同意下用於這些用途。

*University of Utah Health 遵循適用聯邦民權法律，且不會根據種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而有所歧視。*