



约翰·霍普金斯医疗集团  
经济援助申请

**表格包括:**

经济援助申请（包含在内）

**需包含的文件:**

1. 去年的纳税申报表副本。（如果已婚并分开提交，请提供两份纳税申报表的副本。）
2. 您最近三（3）份工资单、雇主信函或就业状况证明的副本。
3. 本年度社会保障奖励信的副本（如果适用）。
4. 医疗援助或社会保障的决定函副本。
5. 您的申请中记录的每月生活费用证明，例如电话账单、水电费账单或租金/抵押付款的副本。
6. 未付医疗费用的副本。
7. 所有医疗保险卡的副本。
8. 居住证明，例如身份证、驾驶执照、出生证明或合法永久居民身份（绿卡）。
9. 如果适用，自营职业患者填写了纳税申报表（包括利润或损失）。
10. 如果适用，由提供经济支持的人撰写的经过公证的零收入支持信。

**邮寄地址:**

Johns Hopkins Hospital

3910 Keswick Road, Suite S-5100

ATTN: Financial Assistance Liaison（经济援助联络人）

Baltimore, MD 21211

**电子邮件:** [FinancialAssistance@jhmi.edu](mailto:FinancialAssistance@jhmi.edu)

**电话:** 443-997-3067

**传真** 443-769-1250

财务部



约翰·霍普金斯  
医疗集团

经济援助申请

关于您的信息

姓: \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

社会安全号码 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 婚姻状况: 单身、已婚、分居的

美国公民 是 否 永久居民: 是 否

住家地址: \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_ 国家 \_\_\_\_\_

雇主姓名: \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_ 办公地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

家庭成员:

姓名	年龄	自己	关系
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

您是否申请了医疗援助 \_\_\_\_\_ 是 否

如果是, 您申请的日期是哪一天?

如果是, 当时的决定是什么?

您是否接受任何类型的州或县援助? \_\_\_\_\_ 是 否

## I 家庭收入

列出您所有来源的月收入金额。您可能需要提供收入、资产和支出证明。如果您没有收入，请提供为您提供住宿和膳食的人的一封信。

	每月金额
就业	_____
退休/养老金福利	_____
社会保障福利	_____
公共援助福利	_____
残疾福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
出租物业收入	_____
罢工福利	_____
军事福利	_____
农场或自营职业其他收入来源	_____
	总额 _____

## II 流动资产

	当前余额
支票账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、定期存单或货币市场	_____
其他账户	_____
	总额 _____

## III 其他资产

如果您拥有下列任何物品，请列出类型和大概价值。

房屋	贷款余额		大概价值
汽车	制造商	年_	大概价值
其他汽车	制造商	年_	大概价值
其他汽车	制造商	年	大概价值
其他资产			大概价值
			<b>总价值</b> _____
租金或抵押			_____
水电费			_____
车付款			_____
信用卡			_____
汽车保险			_____
健康保险			_____
其他医疗费用			_____
其他开支			_____
您是否还有其他未支付的医疗费用？	是	否	_____
用于什么服务？			

是否已经安排了付款计划？每月支付的金额是多少？

### 医疗经济困难援助资格：

本申请日期前十二（12）个日历月的家庭收入：

在本申请日期之前的十二（12）个日历月内在约翰·霍普金斯产生的医疗债务（不包括共同保险、共付额或自负额）：

服务日期	所欠金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## 对于推定经济援助资格

1. 患者的年龄是多少? \_\_\_\_\_
2. 患者是否怀孕? 是 或 否
3. 患者家中是否有 21 岁以下的孩子? 是 或 否
4. 患者是否失明, 或患者是否可能因有酬工作而残疾 12 个月或  
更长时间? 是 或 否
5. 患者目前是否正在接受社会保障生活补助金 (SSI) 或社会保障残障保险福利 (SSDI)  
? 是 或 否
6. 患者 (以及配偶, 如果已婚) 的银行账户总额或可兑换现金  
的资产是否不超过以下金额? 是 或 否
- 家庭规模:**
- 个人: 2,500.00 美元
- 两人: 3,000.00 美元
- 每增加一名家庭成员, 增加 100.00 美元
- (例如: 对于一个四口之家, 如果您的流动资产总额低于 3,200.00 美元, 您的回答  
会是“是”。) 是 或 否
7. 患者是马里兰州居民吗? 是 或 否
- 如果不是马里兰州居民, 患者居住在哪个州? 是 或 否
8. 患者是无家可归吗? 是 或 否
9. 患者是否参加了妇女、婴儿和儿童 (WIC) 营养计划? 是 或 否
10. 家庭中是否有孩子参加免费或减价膳食计划? 是 或 否
11. 家庭是否参加了低收入家庭能源援助计划? 是 或 否
12. 患者是否获得补充营养援助计划 (SNAP) 或食品券的援助? 是 或 否
13. 患者否在霍华德健康计划 (Healthy Howard) 登记为 Chase Brexton? 是 或 否
14. 患者是否由天主教慈善机构、Mobile Med、Montg Co Cancer Crusade、Primary  
Care Coalition、Montgomery Cares Project Access 或 Proyecto Salud 转介至  
SH? 是 或 否
15. 患者目前是否有:  
医疗援助药房计划 (Medical Assistance  
Pharmacy) 仅合格的医疗保险受益人 (QMB)  
或指定低收入医疗保险受益人 (SLMB) 是 或 否
16. 患者有工作吗? \_\_\_\_\_  
如果答案为否, 则注明开始失业的日期。  
有资格获得 COBRA 健康保险? 是 或 否

所有提交的文件都将成为此申请的一部分。

如果您要求获得额外的经济援助, JHM 可能会要求提供额外的信息以做出补充决定。通过签署此表格, 您证明所提供的信息是真实的, 并同意在更改后十天内将所提供信息的任何更改通知 JHM。据我所知所信, 申请中提交的所有信息都是真实准确的。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
与患者的关系

