

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**约翰·霍普金斯医疗中心
(Johns Hopkins Medicine)
财务援助申请表**

请填写所附表格，并连同下列注明的文件一并交回。

包含的表格:

马里兰州统一财务援助申请表（附件）

包含的文件:

1. 去年的纳税申报单副本。（如已结婚并单独存档，请提供两份申报单副本）。
2. 最近三 (3) 份工资存根、雇主信件或失业状态证明副本。
1. 社会安全奖励书副本（如果适用）
2. 医疗援助或社会安全决定书副本。
3. 您申请表上记录的每月生活开支的证明，例如电话费账单、物业费账单或租金/抵押贷款支付的副本。
4. 未付医疗费用的副本。
5. 所有医疗保险卡副本。
6. 居住证明，如身份证、驾照、出生证明或合法永久居民身份（绿卡）。

**请邮寄信息至：JOHNS HOPKINS RCM
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
收件人：FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211**

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

马里兰州统一财务援助申请表

关于您的信息

姓名: _____
 名 中间名 姓

社会安全号 _____ - _____ - _____ 婚姻状况: 单身 已婚 分居

美国公民 是 否 永久居民: 是 否

家庭住址: _____ 电话 _____

 _____ 国家 _____
 市 州 邮编

雇主姓名: _____ 电话 _____
工作地址: _____
 _____ 邮编 _____
 市 州

家庭成员:

姓名	年龄	关系
_____	_____	<u>自己</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

您是否曾经申请过医疗援助 是 否
如果是, 您的申请日期是哪天? _____
如果是, 决定是什么? _____

您是否曾获得过任何类型的州或县援助? 是 否

I. 家庭收入

列出您每月所有来源的收入金额。您可能需要提供收入、资产和支出证明。如果您没有收入, 请提供提供住房和膳食的人员的信件。

	每月金额
就业 退休/养老福利	_____
社会安全福利	_____
公共援助福利	_____
残疾福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
出租房收入	_____
罢工津贴	_____
军方福利	_____
农场或个体经营	_____
其他收入来源	_____
	总额 _____

II. 流动资产	当前余额
活期存款账户	_____
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项目，请列出类型和概算价值。		
房产	贷款余额 _____	概算价值 _____
汽车	品牌 _____ 年份 _____	概算价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	概算价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	概算价值 _____
其他财产		概算价值 _____
		总额 _____

IV. 每月支出	金额
租金或抵押贷款	_____
公用事业	_____
汽车付款	_____
信用卡	_____
汽车保险	_____
健康保险	_____
其他医疗费用	_____
其他费用	_____
您是否还有任何其他未付的医疗账单？	是 否
针对什么服务？	_____
是否已安排支付计划？每月支付多少？	_____

针对医疗财务困难援助资格：
 在此申请日期之前十二 (12) 个日历月内的家庭收入： _____

在此申请日期之前十二 (12) 个日历月内在约翰·霍普金斯产生的医疗债务（不包括共付额、共同保险额和免赔额）：

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

针对假定财务援助资格：

- | | |
|---|-------|
| 1. 患者的年龄是多少? | _____ |
| 2. 患者是否怀孕? | 是或不是 |
| 3. 患者是否有孩子, 其为年龄在 21 岁以下的儿童/青少年, 并与其一起生活? | 是或不是 |
| 4. 患者是否失明, 或是否可能因有报酬的就业导致残疾达 12 个月或更久? | 是或不是 |
| 5. 患者目前是否领取 SSI 或 SSDI 福利? | 是或不是 |
| 6. 患者 (如果患者已婚, 则患者的配偶) 是否有总额不超过以下金额的银行账户或可转换为现金的资产? | 是或不是 |

家庭规模:

个人: 2,500.00 美元
 两个人: 3,000.00 美元
 对于每个额外的家庭成员, 增加 100.00 美元
 (示例: 对于一个四口之家, 如果你们的总流动资产低于 3,200.00 美元, 您可以回答“是”。)

- | | |
|--|---------------|
| 7. 患者是否是马里兰州居民?
如果患者不是马里兰州居民, 患者居住在哪个州? | 是或不是
_____ |
| 8. 患者是否无家可归? | 是或不是 |
| 9. 患者是否参与 WIC? | 是或不是 |
| 10. 家庭中是否有参加免费或减价午餐计划的儿童? | 是或不是 |
| 11. 家庭是否参加了低收入能源援助计划? | 是或不是 |
| 12. 患者是否领取 SNAP/食品券? | 是或不是 |
| 13. 患者是否在霍华德健康计划 (Healthy Howard) 登记为 Chase Brexton? | 是或不是 |
| 14. 患者是否经天主教慈善机构 (Catholic Charities), Mobile Med、, 蒙哥马利县癌症运动 (Montg Co Cancer Crusade)、初级保健联盟 (Primary Care Coalition)、蒙哥马利护理计划 (Montgomery Cares) 项目访问 (Project Access) 和 Proyecto Salud 转介至 SH? | 是或不是 |
| 15. 患者目前是否有:
仅医疗援助药房计划 (Medical Assistance Pharmacy)
QMB/SMLB | 是或不是
是或不是 |
| 16. 患者是否就业?
如果没有, 失业的日期。
有资格获得 COBRA 医疗保险承保? | 是或不是
是或不是 |

所有提交的文件都将成为此申请的一部分。

如果您申请提供额外的财务援助, 则 JHM 可能会要求您提供额外的信息, 以便作出补充决定。您签署此表格, 表明您证明所提供的信息是真实的, 并同意在变更后十天内通知 JHM 所提供信息的任何变更。据我所知所信, 申请时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