

附录 A

Johns Hopkins
3910 Keswick Road, Suite S-5100
Baltimore, MD 21211



马里兰州统一经济援助申请

您的相关信息

姓名 _____
姓 (中间名) 名

社会保险号码 _____ - _____ - _____ 婚姻状态: 已婚 分居
美国公民: 是 否 永久居民: 是 否

家庭住址 _____ 电话 _____

_____ 国家
城市 州 邮政编码

雇主名称 _____ 电话 _____

工作地址 _____

_____ 城市 州 邮政编码

家庭成员:

姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系
姓名	年龄	关系

您是否申请了医疗援助 是 否
如果是, 您申请的日期是? _____
如果是, 申请决定是? _____

您是否领取任何类型的州或国家援助? 是 否

附录 A

I. 家庭收入

列出您的所有来源的每月收入。您可能会被要求提供收入、资产和支出证明。如果您没有收入，请提供一封为您提供衣食住行的人员的支持信。

月收入金额

- 就业 _____
- 退休金/养老金福利 _____
- 社会保障福利 _____
- 公共援助福利 _____
- 残障福利 _____
- 失业津贴 _____
- 退伍军人福利 _____
- 赡养费 _____
- 租赁财产收入 _____
- 罢工津贴 _____
- 军人津贴 _____
- 农场或自营职业 _____
- 其他收入来源 _____

总额 _____

II. 流动资产

- 支票帐户 _____
- 储蓄帐户 _____
- 股票、债券、CD 或货币市场 _____
- 其他帐户 _____

当前余额

总额 _____

III. 其他资产

如果您拥有以下任何一项，请列出类型和大约的价值。

- 房屋 贷款余额 _____ 大约价值 _____
- 车辆 型号 _____ 年份 _____ 大约价值 _____
- 其他车辆 型号 _____ 年份 _____ 大约价值 _____
- 其他车辆 型号 _____ 年份 _____ 大约价值 _____
- 其他财产 大约价值 _____

总额 _____

IV. 每月支出

- 租金或抵押贷款 _____
- 水电费 _____
- 汽车贷款 _____
- 信用卡 _____
- 汽车保险 _____
- 医疗保险 _____
- 其他医疗费用 _____
- 其他开支 _____

金额

总额 _____

您是否有任何其他未付的医疗账单？ 是 否

需付账的服务是什么？ _____

如果您已有付款计划，每月付款是多少？ _____

如果您申请医院提供其他经济援助，医院可能会需要更多信息，以做出补充性判定。通过签署此表格，您即证明提供的信息是真实的，并同意在您提供的信息发生变更后十天内，通知医院此类变更。

申请人签名

日期

与患者的关系

附录 B 患者财务服务 患者个人资料调查表

医院名称: _____

患者姓名: _____

患者地址: _____
(包括邮编)

医疗记录编号: _____

1. 患者的年龄是? _____

2. 患者是否是美国公民或永久居民? 是或不是

3. 患者是否怀孕? 是或不是

4. 患者是否有与其一起生活的 21 岁以下的儿童/青少年? 是或不是

5. 患者是否失明, 或患者是否可能 12 个月或更久无法从事有报酬的工作? 是或不是

6. 患者目前是否领取 SSI 或 SSDI 福利? 是或不是

7. 患者(如果患者已婚, 患者的配偶)是否有总额不超过以下金额的银行帐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”。)

8. 患者是否是马里兰州居民? 是或不是

如果患者不是马里兰州居民, 患者居住在哪个州? _____

9. 患者是否无家可归? 是或不是

10. 患者是否参与 WIC? 是或不是

11. 家庭中是否有参加免费或减价午餐计划的儿童? 是或不是

12. 家庭是否参加了低收入能源援助计划? 是或不是

13. 患者是否领取 SNAP/食品券? 是或不是

14. 患者是否加入了 Healthy Howard 并被转介给 JHH 是或不是

15. 患者目前是否有?
 仅医疗援助药房 是或不是

 QMB 承保/SLMB 承保 是或不是

16. 患者是否就业? 是或不是

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

附录 C 医疗财政困难申请

医院名称: _____

患者姓名: _____

患者地址: _____
(包括邮编)

医疗记录编号: _____

日期: _____

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·霍普金斯医院产生的医疗债务 (不包括共付额、共同保险额和免赔额):

服务日期	欠款金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

所有提交的文件都将为此申请的一部分。
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

内部使用: _____

审核者: _____ 日期: _____

收入: _____ 收入的 25% = _____

医疗债务: _____ 补贴百分比: _____

减免: _____ 尚欠余额: _____

每月付款金额: _____ 付款计划持续时长: _____ 个月