财务援助申请

担保人编号/病历号：_____

患者姓名：_____出生日期：_____

家庭住址：_____

街道　　城市　　州　　邮政编码

电话号码：（住宅）_____（手机）_____最佳联系时段：_____

☐ **本人声明：本人属于再洗礼派团体成员，该团体固有教义禁止其成员参与或申请 Medicaid。**

您是否拥有 Sharing Plan？是 ☐**否** ☐

计划名称：_____**赔付比例：**_____

执事姓名：_____**电话号码：**_____

教会会议/教会团体：_____

家庭成员 – （仅填写最新年度纳税申报表上登记的人员）（如果家庭成员超过 7 人，请在申请表第 2 页增补其他成员信息。）

姓名：	关系	出生日期
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

上述全部家庭成员的每月税前总收入：

工资/薪金（税前）：_____
社会保障收入：_____
失业补偿金/工伤补偿金：_____
退伍军人事务部（VA）福利金：_____
养老金/年金：_____
现金援助：_____
子女抚养费：_____ **配偶赡养费：**_____
非劳动收入（信托、利息、租金、伤残补助）：_____

家庭可核算资产：请列出您家庭名下可用账户及流动资产。流动资产定义为现金，或是任何可快速、便捷转换为现金的可转让资产。请勿填报自住房、家居物品、车辆、IRA、401 (K) 账户及其他非流动资产。

支票账户：_____
储蓄账户：_____
健康储蓄账户（HSA）/健康报销账户（HRA）：_____
圣诞储备金/度假储备金账户：_____
股票/债券/共同基金/货币市场产品：_____
定期存款单：_____
美国储蓄债券：_____
信托基金：_____

移动支付应用服务（Paypal、Cash App、Venmo、Apple Pay 等）_____
其他（请说明）：_____

申请时必须随附收入与资产证明（如适用，请附上以下材料）：

☐ 是 ☐ 否　最新且完整的联邦纳税申报表。个人及/或企业资料（损益表）。
☐ 是 ☐ 否　家庭内每位有工作的申请人，需提供过去 30 天连续的最新工资条。
☐ 是 ☐ 否　可证明社会保障金、其他伤残补助、养老金、工伤补偿金或失业补偿金入账情况的给付通知书。
☐ 是 ☐ 否　子女抚养费/配偶赡养费的证明文件。
☐ 是 ☐ 否　全体家庭成员的 3 份连续最新账户对账单，包含支票账户/储蓄账户/Paypal/移动支付应用服务，需提供全部页面。自雇人士则需要提供 6 份连续最新银行对账单，包括所有个人账户及企业账户。
☐ 是 ☐ 否　银行账户内所有单笔超过 100 美元存款的书面说明（直接入账及社会保障金除外）
☐ 是 ☐ 否　可核算资产证明材料
☐ 是 ☐ 否　如果家庭无收入，需由资助日常生活开支的人员出具信函，说明其所提供的资助。
☐ 是 ☐ 否　符合联邦医疗保险资格申请人的全部月度开支证明材料。

是否持有医疗保险计划？　是 ☐ 否 ☐ **如选“否”，请说明原因：**_____
是否申请过医疗援助（Medical Assistance）？是☐ 否 ☐ **如选“是”，请附上相关通知文件**
您是否已通过《平价医疗法案》(ACA）申请平价医疗保险？是　否　**如选“是”，请附上相关通知文件**

我证明，我所提供的信息真实且准确。我了解，任何虚假信息或未提供完整信息，将使本申请作废。
本信息仅用于资格认定目的。此信息仅用于资格审查。我同时了解，如适用，本信息可向我的社区执事共享。为了处理您的申请，我们需要相关收入证明文件。我们将依据您向 WellSpan Health 提供的资料，与您共同评估您是否符合该计划的资格。申请人了解，如果申请人持有互助分摊保障计划，本申请将暂缓处理，直至我们收到该计划应承担的款项。收到付款后，我们将继续审核并批准患者的剩余款项。在收到您提交的证明文件以完成申请之前，您可能仍会收到账单。

申请人签名：_____ 日期：_____

提交您填妥并签署的申请表及全部所需文件；如果对申请流程存在任何疑问：

电话：717-851-5051 周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

传真：717-851-3100

电子邮件：WSHFinancialAssistance@wellspan.org

邮寄：PO Box 20607 York, PA 17402

其他家庭成员（如有需要，从第 1 页继续）

家庭成员 – （仅填写最新年度纳税申报表上登记的人员）（如果家庭成员超过 7 人，请在申请表第 2 页增补其他成员信息。）

姓名：	关系	出生日期

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group

York County
1001 S George St.
PO Box 15198
York, PA 17403
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Evangelical Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group

Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group

Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Gettysburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group

Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717) 851-5051（电话）
(717) 851-3100（传真）
周一至周五 上午 8 点至下午 4 点