



**威斯康星骨科醫院  
經濟援助申請**

感謝您選擇威斯康星骨科醫院來滿足您的醫療需求。您曾表示有興趣申請威斯康星骨科醫院的經濟援助計畫。

**我們辦公室必須收到下列文件，以進行考量：**

- 包括簽名和日期的完整申請
- 患者/擔保人和配偶的當前月收入證明，包括：目前職位、孩子撫養、贍養費、失業補償、工人補償、社會安全、退休金、退休收入、其他利息或股息
- 房產租賃收入
- 政府援助證明，包括食品券、住房補貼或 WIC
- 最近提交的聯邦和州所得稅申報表的完整副本，包括所有附件
- 顯示當前餘額的支票和儲蓄帳戶對帳單的當前副本
- 目前資產證明，包括：存單、證券、人壽保險等房地產股權
- 如需日常生活費協助，請填寫證明信。

請「勿」發送原始證明文件。

如未能在指定日期前提供完整的申請及所需的證明文件，將會被立刻拒絕。

**經濟援助不是保險計畫。**經濟援助會幫助未承保患者支付威斯康星骨科醫院帳單。拒絕申請符合條件的政府計畫將導致立即拒絕提供經濟援助。您將在收到完整的經濟援助申請及證明文件後的 10 天內收到您的決定。

**經濟援助不包括下列服務：**

- 保險免賠額和共付款
- 訴訟費用 ( 工人賠償、機動車事故等法律訴訟 )
- 外部計費組，包括其他醫院、診所、實驗室、醫生服務和救護車運輸。

**如果您有任何問題，請致電 414 961-6803。**

**威斯康星骨科醫院社區護理申請**  
請在申表背面提供額外的家庭成員或家庭就業資訊

<b>MR 號碼及帳號由醫院人員填寫</b>		MR 號碼：	帳號：
請準確、完整地提供以下資訊，資訊有待確認。 必須填寫所有字段，如不適用，請標注 N/A			
申請人姓名（名字、中間名、姓氏）：		社會安全號碼：	出生日期：
地址：		電話號碼：	手機號碼：( )
		家庭電話：( )	工作電話：( )
市/州/郵遞區號：		您有健康保險計畫嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		保險名稱	
如果已婚，列出配偶資訊和任何未成年子女		每名未成年子女的出生日期：	社會安全號碼：
與患者的關係：			
1.			
2.			
3.			
收入：每月（患者和配偶，如果已婚） 或父母（如果申請人是未成年人）		其他雇主寫於背面	
家庭收入（稅前）（W2 或 1099） 包括失業收入	\$	雇主（申請者） 或 父母（如果未成年）	電話號碼
養老金/社會安全/殘疾收入	\$	僱用收入	離職日期
孩子撫養/贍養費 附上每月撫養證明	\$	日曆年中的其他雇主	電話號碼
房產租賃收入	\$	僱用收入	離職日期
資產：活期/儲蓄帳戶餘額 不要包括退休帳戶的餘額	\$		
配偶就業資訊	電話號碼	配偶日曆年的其他就業資訊：	電話號碼
僱用收入	離職日期	僱用收入	離職日期

本人證明，以上所提供的資訊均為本人準確及真實的經濟資訊。本人還證明，除註冊時所列保險外，沒有為該患者提供額外的保險。本人理解，提供虛假資訊將導致透過威斯康星骨科醫院進行的任何類型經濟援助的申請遭到拒絕。如果本人有權從第三方支付方獲得任何行動或解決方案，本人將採取任何必要的或威斯康星醫院要求的行動，以獲得此類償還並將分配到威斯康星骨科醫院，並在收到時，將向威斯康星骨科醫院支付我帳上未付餘額的全部金額。本人如未能申請此類償還，或未能完成申請流程，或未能採取威斯康星骨科醫院提出的合理必要或要求的行動，申請可能會被拒絕。如有必要，本人還授權威斯康星骨科醫院透過信用局檢查我的信用紀錄。

完整的申請表必須於 \_\_\_\_\_ 前交回，以供考量。

發送至威斯康星骨科醫院  
475 W. River Woods Parkway  
Glendale, WI 53212  
收件人：財務長

如資訊不全，申請可能會被拒絕及退回

患者簽名（責任方） \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

僅供管理部門使用

審核人員簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_