

僅供內部業務使用

For Internal Business Purposes Only

給患者的申請：姓名\_\_\_\_\_站點/位置\_\_\_\_\_部門\_\_\_\_\_

### 經濟援助申請

Aurora Health Care—Financial Assistance Program  
P.O. Box 0909996  
Milwaukee, WI 53209-09996

我們將為您提供幫助！如果您在填寫申請和收集文件時有任何疑問，請聯絡我們。致電 1-800-326-2250

將填妥的申請連同所有必需的文件郵寄到上述地址。打印需清晰可辨。

### 第 1 部分——般資訊

您的姓名

名字	中間名	姓氏	電子郵件地址
配偶姓名			

名字	中間名	姓氏	電子郵件地址
地址			

號碼和街道	城市	州	郵政編碼	電話號碼
-------	----	---	------	------

您的社會保障# \_\_\_\_\_ 您的出生日期 \_\_\_\_\_

配偶的社保# \_\_\_\_\_ 配偶的出生日期 \_\_\_\_\_

勾選所有適用於以下數字 1 到 5 的項目

1.  我目前受僱於 \_\_\_\_\_ 工資標準/小時 \$ \_\_\_\_\_  
職業/工作 \_\_\_\_\_ 受僱自 (日期) \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

我的配偶受僱於 \_\_\_\_\_ 支付標準/小時 \$ \_\_\_\_\_  
職業/工作 \_\_\_\_\_ 受僱自 (日期) \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

2. 關於保險 (勾選所有適用項) :

我  我的配偶

\_\_\_\_ 僱主提供健康保險，我在該計劃的保障範圍內  
(請附上保險卡正反面複印件)

\_\_\_\_ 僱主提供健康保險，但我沒有註冊。為什麼 \_\_\_\_\_  
(您必須附上僱主的信，說明保險的總費用以及他們為員工繳納保費的金額/百分比)。

\_\_\_\_ 僱主不提供健康保險 (您必須附上僱主的信，說明這一點)。

3.  過去 2 年的前僱主 (如果有) 到現任僱主的清單

前僱主 \_\_\_\_\_ 受僱自 (日期) \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

(使用反面提供其他僱主的詳細資料)

4.  我沒有工作  我的配偶沒有工作

(請解釋為什麼不工作，包括日期、原因、最後工作日期等)

5.  我在領取失業救濟金， \_\_\_\_\_ (日期) \$ \_\_\_\_\_ YTD金額

我的配偶在領取失業救濟金 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ YTD金額

## 第 1-A 部分

### 我的家屬

姓名

年

姓名

年

家屬（按姓名和年齡列出每個人）

\_\_\_\_\_

在背面列出其他家屬

\_\_\_\_\_

## 第 2 部分 - 您家庭的收入 需要所有收入的書面證明

定義：**收入**包括從任何來源收到的所有資金。

定義：**收入來源**是指錢從哪裡來，或者誰付給你錢。

示例：社會保障、雇主和配偶雇主發的工資、退休基金、贍養費、退休投資基金分配、傷殘津貼、失業補償等。

問題：**如果我當年的收入為零怎麼辦？**

回答：您必須在下面輸入零作為您的收入。

如果有人資助你，請填寫我們的第3部分，並進行簽名和公證。

上年度总收入：\$ \_\_\_\_\_

(附上聯邦稅表所有頁面的复印件)

有關稅務資訊的副本：請聯絡 IRS 辦公室，電話號碼 1-800-908-9946。要在線訂購抄本，請訪問 [www.irs.gov](http://www.irs.gov) 並在搜尋欄位中輸入“訂購抄本”

### 本年度的收入來源

#### 年初至今總金額

(如果已婚，兩者都需要)

\$ \_\_\_\_\_ (您必須附上每個來源的年初至今收入證明)

\$ \_\_\_\_\_ (您必須附上每個來源的年初至今收入證明)

\$ \_\_\_\_\_ (您必須附上每個來源的年初至今收入證明)

\$ \_\_\_\_\_ (您必須附上每個來源的年初至今收入證明)

注：如為自僱者，請提供每季度自僱福利的資料。

## 檢查清單和認證

### 勾選所有適用項，然後在下面簽名：

- 我是 WI 永久居民 (如果無法驗證申請資料，則需要出示居住證明)
- 已附上我的聯邦稅單所有頁 (必需)。如果沒有，為什麼？ \_\_\_\_\_
- 已附上我/我們最近的工資單。如果沒有，為什麼？ \_\_\_\_\_
- 我已附上我的雇主或我的配偶的來信，說明他們是否提供保險，如果提供，總保費金額是多少，雇主繳納的金額是多少。
- 我已附上我的失業、IRA、社會保障聲明、401K、退休等收入文件。如果沒有，為什麼？ \_\_\_\_\_
- 我本年度的收入為零，經濟支援函 (第 3 部分) 已簽署，其中包含公證

特此證明，據我所知，上述資訊真實準確。我授權 Aurora Health Care 驗證本申請中提供的任何資訊。

患者或責任方印刷體姓名和簽名

日期

### 第 3 部分 - 經濟支援函

如果有人為您提供支援，即可完成。提供支援的人應完成此部分。

我，\_\_\_\_\_ 特此證明，我每月為（患者姓名）\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ **certify that I am providing (patient name)**

每月提供以下資助：（列出所提供具體資助，如食物、取暖、電話、住所等。）

**with the following support each month:** (List specific support provided, food, heat, telephone, shelter, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

此人每月支援的總費用為\$\_\_\_\_\_。

**The total monthly cost of this support for this individual is \$.**

我不要求或期望此處所指的個人償還每月支援費用。

(I do not ask or expect to be reimbursed for the monthly cost of this support from the individual named here).

我向此人提供支援是因為：（列出您為此提供經濟支援而不期望償還的原因。例如：短期醫療狀況、長期殘疾、失業、搬遷等）(I provide support to this individual because: (List the reason why you would provide financial support for this individual without the expectation of reimbursement. Examples: short-term medical situation, long-term disability, unemployment, relocation, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

您為此提供此處所述的支援有多久了？\_\_\_\_\_（月）

**How long have you been providing this individual the support described here? (In months)**

除了我在此所述的支援之外，此人沒有獲得其他經濟支援。特此證明，我提供的所有資訊均真實可靠。因此，我授權 Aurora Health Care 驗證我提供的任何資訊。(This individual has no financial means of support other than the support that I have described here. I certify that all of the information I provided is true. Therefore, I authorize Aurora Health Care to verify any information I provided).

支援者姓名 \_\_\_\_\_

Supporter Name	名字 First	中間名 Middle	姓氏 Last	和申請人的關係 Relationship to Applicant	
----------------	-------------	---------------	------------	--------------------------------------	--

地址 \_\_\_\_\_ ( )

Address	房号&街道 Number & Street	城市 City	州 State	郵政編碼 Zip Code	電話號碼 Phone Number
---------	--------------------------	------------	------------	------------------	----------------------

支援者簽名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

Supporter's Signature:

Date:

我了解，我的簽名並不意味著我對我所支援個人的債務承擔責任，如本函中所述。

I understand that my signature does not make me liable or responsible for the debts of the individual I support as stated in this letter.

您的簽名必須由威斯康星州目前委託的公證人進行驗證。需要簽名和蓋章。

Your signature must be validated by a currently commissioned Notary Public in the State of Wisconsin. Both signature and seal are required.

Attested before me on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_, County of \_\_\_\_\_, Wisconsin

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary

SEAL

My Commission Expires \_\_\_\_\_