

仅供内部业务用途

For Internal Business Purposes Only

患者申请书领取于：姓名_____地点/位置_____部门_____

财政援助政策

Aurora Health Care-Financial Assistance Program

P.O. Box 090996

Milwaukee, WI 53209-0996

我们将提供帮助！如果您在填写申请表或收集文件时有任何问题，请与我们联系。请通过致电1-800-326-2250联系我们。

将填写完成的申请表与所有需要的文件邮寄到上述地址。请清楚、清晰地打印相关资料。

第1部分——基本信息

您的姓名

名 _____ 中名 _____ 姓 _____ 电子邮箱 _____
配偶的

名 _____ 中名 _____ 姓 _____ 电子邮箱 _____
地址

房号&街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____ 电话号码 _____

您的社保# _____ 您的出生日期 _____

配偶的社保# _____ 配偶的出生日期 _____

请勾选适用于以下第1至5点的所有内容

1. 我目前工作于 _____ 每小时工资率为\$ _____
工作/职业 _____ 工作开始于（日期） _____ 至 _____

我的配偶目前工作于 _____ 每小时工资率为\$ _____
工作/职业 _____ 工作开始于（日期） _____ 至 _____

2. 关于保险（勾选所有适用内容）：

我的 我的配偶的

雇主提供健康保险，我在受保范围内
(请附上保险卡正反两面的复印件)

雇主方提供健康保险，但我没有参保。为什么 _____
(您必须附上雇主的信函，说明保险的总费用以及其为雇员缴纳的保险费的数额/百分比)。

雇主方不提供健康保险 (您必须附上雇主的信函，对此进行说明)。

3. 我过去2年至今的前雇主（如果有的话）和现雇主名单

前雇主 _____ 工作开始于（日期） _____ 至 _____

(于背面提供更多关于雇主的信息)

4. 我无工作 我的配偶无工作

(请解释无工作的原因，包括日期、原因、最近工作的日期等)

5. 我正在接受失业补助，开始时间为 _____ (日期) \$ _____ YTD工资

我的配偶正在接受失业补助，开始时间为 _____ \$ _____ YTD工资

第1-A部分 我的家属

| | 姓名 | 年 | 姓名 | 年 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| 家属（列出每人的姓名和年龄） | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 于背面列出其他家属 | _____ | _____ | _____ | _____ |

第2部分——您的家庭收入 所有收入的证明文件都是必需的

定义：**收入**包括从任意来源收到的钱款。

定义：**收入来源**指钱款来自何处，或向您付款的付款方。

示例：社会保障、您和配偶的雇主发放的工资、退休基金、赡养费、退休投资基金分配、伤残工资、失业补偿金等。

问题：**如果我今年无收入呢？**

回答：您须在下方输入收入为0。

如果有人资助你，请填写我们的第3部分，并进行签名和公证。

上年度总收入：\$

(附上联邦税表所有页面的复印件)

税务相关信息：请致电1-800-908-9946联系IRS办公室。若需在线获取税表副本，请访问www.irs.gov并输入“获得您的报税记录”

今年收入来源

(如已婚，双方均需提供)

今年迄今总收入

_____ \$ _____ (您必须**附上**年度至今每个收入来源的证明)

_____ \$ _____ (您必须**附上**年度至今每个收入来源的证明)

_____ \$ _____ (您必须**附上**年度至今每个收入来源的证明)

_____ \$ _____ (您必须**附上**年度至今每个收入来源的证明)

注：如为自雇者，需提供每季度自雇福利的资料。

核查及证明

请勾选以下所有适用内容：

- 我是威斯康星州的长期居民 (如果申请书上的数据无法验证，则需要提供居住证明)
- 我的联邦税表所有页面均已附上 (必须)。如果没有，为什么？ _____
- 附上我/我们的最近工资单。如果没有，为什么？ _____
- 我附上了来自我的雇主或我的配偶的信函，说明他们是否提供保险，如果提供，保险费总额是多少，雇主的缴费额是多少。
- 我附上了我的失业、IRA、社会保障说明、401K、退休等收入文件。如果没有，为什么？ _____
- 我本年度收入为0，**来自财政资助方的信函 (第3部分) 已签署、公证并包括在内**

我证明, 就我所知, 上述信息是真实和准确的。我授权Aurora Health Care核实本申请中提供的任何信息。

患者或责任方的印刷体名字及签名

日期

第3部分——财政资助方信函

如您正在接受资助, 该部分内容需被填写。提供资助方应完成该部分。

我, _____ 证明, 我正在为(患者姓名) _____
I, _____ **certify that I am providing (patient name)**

每月提供以下资助: (列出所提供具体资助, 如食物、取暖、电话、住所等。)

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

资助该个体的总月支出为\$ _____。

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

我不要求或期望从提到个体处获得这项每月资助费用的偿还。

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

我资助该个体是因为: (列出您愿意为其提供经济支持而不期望偿还的原因。例如: 短期医疗状况、长期残疾、失业、搬迁等) (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.)

您为此处提到个体提供资助的时间为? _____ (月数)

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

该个体除了我所描述的资助外, 没有其他经济来源。我证明我提供的信息都是真实和准确的。我授权Aurora Health Care核实本申请中提供的任何信息。(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).

资助人姓名 _____

| Supporter Name | 名 First | 中名 Middle | 姓 Last | 与申请人的关系 Relationship to Applicant | |
|----------------|------------|--------------|-----------|--------------------------------------|--|
|----------------|------------|--------------|-----------|--------------------------------------|--|

地址 _____ ()

| Address | 房号&街道 Number & Street | 城市 City | 州 State | 邮政编码 Zip Code | 电话号码 Phone Number |
|---------|--------------------------|------------|------------|------------------|----------------------|
|---------|--------------------------|------------|------------|------------------|----------------------|

资助人签名 _____ 日期: _____
Supporter's Signature: _____ Date: _____

我明白，我的签名并不使我对我所资助的个体在本信中所述的债务负责或承担责任。

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.

您的签名必须由威斯康星州目前受委托的公证人确认。需签名和盖章。

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 _____