

困难折扣申请

困难概述

此申请中要求的信息是确定是否有资格享受困难折扣所必需的。困难折扣计划适用于收入超过经济援助限额的有保险或无保险患者。资格取决于患者在 Aurora Health Care 接受的服务的应付余额与家庭收入的比较。

申请困难补助的条件

要获得困难折扣，患者必须满足以下要求：

- 威斯康星州居民
- 患者必须全力配合困难审查流程。如果需要更多信息和/或证明文件来完成申请，我们将向患者邮寄一封信，告知他们需要什么以及提交的截止日期。如果在截止日期前未收到所要求的信息，患者将没有资格。

预期内容：资格审查流程

自Aurora Health Care 的财务援助团队收到申请之日起，将及时确定资格。资格审查完成后，将向患者邮寄一封信，告知他们是否已获批准或被拒绝。

请填写此表格的全部 3 页。完整填写此表格将有助于避免审核流程延误。

患者资讯			
患者姓名	社会保障 #	出生日期	帐户 #

申请人资讯				
申请人姓名	与患者的关系	社会保障 #	出生日期	申请人姓名
地址		城市、州和邮政编码		
家庭电话#	手机号码#	紧急联系人姓名	紧急联系电话#	
雇主名称		雇主地址	工作电话	

注意：如果您接收邮件的地址与您居住的地址不同，请填写下面的“邮寄地址”信息

邮寄地址	城市、州和邮政编码
------	-----------

健康保险信息				
如果患者 没有 任何健康保险来源，请勾选此框				
健康保险信息	保单持有人姓名	政策 #	团体 #	生效日期
家庭成员在过去 60 天内是否失业？			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
他/她是否收到了 COBRA 选择通知？			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
他/她是否选择了 COBRA 保险？			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
如果他/她没有选择 COBRA 保险，请勾选一项			<input type="checkbox"/> 保费太贵 <input type="checkbox"/> 有新保险	

请在下面列出所有家庭成员				
姓名	社会保障 #	出生日期	与患者的关系	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

注意：请在本表第 3 页的“备注”部分列出家庭的其他成员

家庭月收入		
收入类型	申请人的每月总收入	申请人配偶的每月总收入
就业收入	\$	\$
退休/养老金/社保退休	\$	\$
社会保障残疾收入	\$	\$
失业收入	\$	\$
子女抚养费/赡养费	\$	\$
其他（在此列出来源）_____）	\$	\$

支持声明

我证明我最近_____几年/_____几个月一直处于失业状态, 由于失业, 我从_____处获得食物、住所和(与申请人的关系=_____)

确认和签名

我特此证明, 据我所知, 本申请中提供的信息真实、准确且完整。我特此授权医院联系任何个人、公司或组织以核实所提供的任何信息, 并特此授权任何此类个人、公司或组织向医院披露其可能要求的任何财务信息。

申请人签名

日期

Mail将填妥的申请表邮寄至:
Aurora Health Care
Attention: Financial Assistance
PO Box 909996
Milwaukee, WI 53209-0996

笔记

Blank lined area for notes.