

困難折扣申請

困難概述

此申請中要求提供的資訊是為了確定是否有資格獲得困難折扣。困難折扣計劃適用於收入超過財務援助限額的有保險或無保險的患者。資格取決於病患在 Aurora Health Care 接受的服務應付餘額與家庭收入的比較。

申請困難折扣的要求

要獲得困難折扣，患者必須滿足以下要求：

- 威斯康辛州居民
- 患者必須全力配合困難審查程序。如果需要額外的資訊和/或證明文件來完成申請，將會給患者郵寄一封信，告知他們所需的資訊和提交的截止日期。如果在截止日期之前未收到所要求的訊息，患者將沒有資格。

預期內容：資格審查流程

Aurora Health Care 的財務援助團隊收到申請之日起，將及時確定資格。一旦資格審查完成，將向患者郵寄一封信，告知他們是否獲得批准或被拒絕。

請填寫此表格的全部 3 頁。完整填寫此表格將有助於避免審核過程的延誤。

患者資訊			
患者姓名	社會保障 #	出生日期	帳戶 #

申請人資訊				
申請人姓名	與患者的關係	社會保障 #	出生日期	婚姻狀況
地址		城市、州和郵遞區號		
家庭電話#	手機號碼	緊急聯絡人姓名	緊急聯絡電話#	
雇主名稱		雇主地址	工作電話	

注意：如果您接收郵件的地址與您居住的地址不同，請填寫下面的「郵寄地址」資訊

郵寄地址	城市、州和郵遞區號
------	-----------

健康保險資訊				
<input type="checkbox"/> 如果患者 沒有 任何健康保險來源，請勾選此方塊				
健康保險提供者	保單持有人姓名	政策 #	團體 #	生效日期
家庭成員在過去 60 天內是否失業？			<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
他/她是否收到了 COBRA 選擇通知？			<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
他/她是否選擇了 COBRA 保險？			<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
如果他/她沒有選擇 COBRA 保險，請勾選一項：			<input type="checkbox"/> COBRA 保費太貴 <input type="checkbox"/> 有新的保險	

請在下面列出所有家庭成員				
姓名	社會保障 #	出生日期	與患者的關係	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

注意：請在本表第 3 頁的「備註」部分列出家庭的其他成員

家庭月收入		
收入類型	申請人的每月總收入	申請人配偶的每月總收入
就業收入	\$	\$
退休/退休金/社保退休	\$	\$
社會安全殘障收入	\$	\$
失業收入	\$	\$
子女扶養費/贍養費	\$	\$
其他（在此列出來源）_____）	\$	\$

支援聲明

我證明我最近一直處於失業狀態_____年 / _____個月。由於失業，我得到了食物、住所和衣服從_____ (與申請人的關係)= _____)

確認和簽名

我在此證明，據我所知，此申請中提供的資訊真實、準確且完整。我特此授權醫院聯繫任何個人、公司或組織以核實所提供的任何信息，並特此授權任何此類個人、公司或組織向醫院披露其可能要求的任何財務信息。

申請人簽名

日期

將填妥的申請表郵寄至：

Aurora Health Care
Attention: Financial Assistance
PO Box 909996
Milwaukee, WI 53209-0996

筆記
