

申請說明和資格指南

請完整填寫申請表，並務必簽署第4頁的宣誓書。
請附上所有申請人的以下文件的副本。

將文件發送至：
St. Clair Health
Financial Assistance
5000 Centregreen Way
Suite 100
Cary, NC 27513

未能返還所有文件將導致處理延遲或導致申請被拒絕。請僅附上副本，因為不幸的是，所提交的任何文件均無法退回。

- 申請人及其配偶在提交申請前30天內收到的所有收入證明。
- 提交申請之前最新的支票和儲蓄賬戶對賬單（所有頁面）。
- 如果患者已死亡，請提供死亡證明副本和說明遺產狀況的信件。

如果您有任何疑問，請致電412-344-3408 聯繫客戶服務。

週一至週五上午8:00 至晚上8:00

向信用評分低於醫院當前閾值550分或滿足以下要求的患者提供經濟援助。計劃指南（針對信用評分高於醫院閾值550的患者）基於衛生與公眾服務部聯邦貧困指南：《聯邦公報》第89卷 / 2024年1月17日，第2961-2963頁

家庭綜合收入最高限額

家庭規模	折扣 (USD)		
	100%	30%	20%
1	\$30,120	\$37,650	\$45,180
2	\$40,880	\$51,100	\$61,320
3	\$51,640	\$64,550	\$77,460
4	\$62,400	\$78,000	\$93,600
5	\$73,160	\$91,450	\$109,740
6	\$83,920	\$104,900	\$125,880
7	\$94,680	\$118,350	\$142,020
8	\$105,440	\$131,800	\$158,160
家庭團體中每增加一名成員	\$10,760	\$13,450	\$16,140

在確定資格時，家庭淨資產 > 10,000 美元也將根據具體情況予以考慮。

患者人口统计

患者姓名

患者电话号码

患者地址

家庭人口统计

列出所有家庭成員	出生日期	與患者的關係
		自己

您是美国公民吗？

是的

不

如果否，您是合法居住在美国的永久居民*吗？

是的

不

**如果患者是永久居民，请提供官方文件副本*

你是全职学生吗？

是的

不

您是否怀孕或与入院怀孕有关？

是的

不

您有待处理或已批准的医疗补助申请吗？

是的

不

你有医疗保险吗？

是的

不

家庭资产-支票和储蓄账户

账户类型 (支票或储蓄)	银行/机构	平衡

其他家庭可计资产（不包括退休资产）

资产类型	银行/机构	平衡
股票/债券		
存款证		
美国储蓄债券		
健康储蓄账户 (HSA)		
储蓄证		
圣诞节或假期俱乐部		

家庭债务/贷款（不包括主要住宅抵押贷款）

信用类型	银行/机构	平衡
债务/贷款（不包括抵押贷款）		
信用卡1		
信用卡2		
信用卡3		
其他 1		
其他 2		
其他 3		

每月總收入

	病人	家庭成員2	家庭成員3	家庭成員4
工資/薪水/小費				
失業補償				
社會保障				
子女撫養費				
自營職業收入				
利息/股息收入				
養老金				
租金收入				
信託付款				
勞動者報酬				
其他				

注意：如果您沒有收入並由他人提供經濟支持，請填寫並簽署以下聲明：

_____ 目前沒有收入。我目前正在為他們提供食物、住所和衣服的需求。我還向他們提供一定數額的經濟幫助
 平均每月\$。 __

X

支持者的簽名

日期

宣誓書- 所有申請人必須簽署

我宣誓（或確認）據我所知，本表格中的所有信息均真實、正確且完整。我同意在一周內通知聖克萊爾醫院本表中列出的可能影響我在聖克萊爾醫院獲得經濟援助的資格的所有變化。我了解，可能會查閱我的信用和其他相關財務信息來驗證該聲明以及我參與該計劃的資格。

為獲得經濟援助而做出的欺詐性患者陳述將移交賓夕法尼亞州總檢察長辦公室進行適當起訴。偽造計劃申請的患者將不再有資格參加該計劃，並將承擔參加該計劃期間產生的所有費用，追溯至根據該計劃產生此類費用的第一天。

X

申請人簽名

日期