

医院护理保证计划 (HCAP) 或经济援助的保密申请
适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

请填写并签署申请表，并在 **10** 天内连同以下材料的复印件一并寄回：

所需证明

- 过去一个月的总收入证明 过去三个月的总收入证明 (如果申请 HCAP)
 过去两个月所有银行账户的完整银行对账单，包括所有页面 (对定期存款的说明)
 最近的报税表 (1040 表格及附表 C、E 或 F) 或三个月的损益表 (自营职业者/受抚养人)

如适用，请提供以下材料

- 最近的季节性收入
 失业救济金/拒绝函
 儿童抚养收入/赡养费
 无收入 - 填写申请表中的“资助信”部分

患者信息

患者姓名	出生日期		
社会保障号/ EIN (可选)	移动电话	其他电话	
通信地址	城市	州	邮政编码
电子邮件地址	您是哪个州的居民		

婚姻状况 单身 已婚 离异 其他 _____

住院服务日期：从 _____ 到 _____

您是否提交联邦报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“否”，为什么	您能否在其他人的报税表中被列为受抚养人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--	--

您或您的受抚养人在接受服务时是否有医疗保险？ 是 否 (请提供保险卡复印件)

您是有合法证件的美国居民吗？ 是 否 不愿回答

家庭成员，包括您自己，基于您最近的纳税申报表	出生日期	与患者的关系	住院前 3 个月的收入	住院前 12 个月的收入	在纳税申报表上申报 (Y/N)

医院护理保证计划 (HCAP) 或经济援助的保密申请 适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

所有家庭成员的收入证明					
月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)	月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)
工资			工伤赔偿		
社会保障/残疾			失业		
养老金			子女抚养费/赡养费		
自营职业			地产出租收入		
公共援助			其他 [
资助信 - 仅应由资助者填写					
<input type="checkbox"/> 我为患者提供 50% 以上的生活费用，但我无法帮助支付医疗账单。					
<input type="checkbox"/> 通过签署此信函，本人确认上述声明正确无误，并且本人绝不承担患者的账单费用。如有疑问，请与我联系： _____ (电话号码)					
资助者姓名				与患者的关系	
资助者签名				日期	

收入和身份核实

我确认，据我所知，本申请表中所列的信息均真实和完整。我理解，提供的信息需要核实。如果上述信息以虚假借口提供，我将负责偿付在 Trinity Health 关联机构提供的任何服务。

患者签名：_____ 日期：_____

或法定监护人签名(如适用): _____ 日期: _____

与患者的关系: _____ 日期: _____

请将申请表邮寄至上述地址，或传真至 312-871-3350，或通过 MyChart (患者门户网站) 上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> 如果您有任何疑问，请在周一至周五上午 9 点至下午 5 点 (美国东部时间) 拨打 800-494-5797 联系我们的客户服务中心。