

经济援助申请

克里斯提护理保健服务(CCHS)是邻居们敬重、专业、关怀的健康照护伙伴。我们致力于让人们能够负担得起医疗费用，并为无力支付医疗费用的居民提供折扣、付款选择和经济援助，包括急诊服务和需要住院的牙科治疗。

如果您没有保险或保额不足，您可能有资格获得经济援助。您必须符合以下条件：

- 您需要说明自身或亲属可获得的所有收入和保险福利。
- 您是特拉华州或四个邻近郡的居民。包括塞西尔、塞勒姆、特拉华和切斯特郡。在本申请中，将这些人称为居民。
- 您可以提供支持证明经济援助资格和居民身份的文件。

经济援助申请流程：

1. 填写经济援助申请检查单和申请表格，并提供证明文件。
 - 在审查经济援助申请前，需要提供总收入证明、家庭成员人数和证明文件。
2. 我们将审核您提交的申请，并决定您是否符合我们的经济援助方案。与总收入相关的经济援助标准是根据联邦贫穷水平指标制定的。
3. 在发布决定之前若需要更多的信息，我们会联系您。如果确定符合条件，我们将在发放财政援助之前要求您申请州医疗援助。
4. 如果确定您不符合我们的经济援助方案，我们将考虑您是否有资格参加一个分期付款计划，使您每月能够使用门坎限额进行付款。
5. 如果您符合条件，将收到一封经济援助批准信。经济援助的有效期为一年。

提交您的申请

您可以将完整的经济申请连同所需的全部文件和签名邮寄至下列地址提交您的申请和文件：

Christiana Care Health Services
Attention: Financial Assistance
PO Box 2653
Wilmington, DE 19805

您可以通过电子传真提交您的申请和文件，传真号为：302-327-7516。

[您可以通过电子邮件Financialassistance@christinacare.org](mailto:Financialassistance@christinacare.org)提交您的申请和文件。

若您有疑问，请拨打 **302-623-7440** 询问经济援助代理人。更多信息可前往 www.christianacare.org/financial-assistance 查看。

请勿提交本页

经济援助申请

您的申请中必须包括此清单以及所有相关的文件：（请只递交副本，不应递交正本）

1. 如果您没有收入，且年龄小于 65 岁：

- 您可能有资格申请州医疗补助。请联络卫生和社会服务部，以便向您所在的本地办事处完成申请医疗补助。您必须完成这一步骤，我们才会考虑您的经济援助申请。

如果您申请州医疗补助(Medicaid)被拒：

- 如果州拒绝提供您医疗补助，请给我们寄一份拒绝信的副本。若无此信件，我们将不会审阅您的申请。

2. 若您有收入：

如果您要提交联邦所得税申报表，您必须：

- 附上您最近的一份国税局报税表；也就是 (IRS 1040 表格) 所有相关附表（如附表 c, d, e）和 W2。

如果您没有提交联邦所得税申报表，则必须：

- 提供可从 IRS.gov 获得的 IRS 非报税表格 4506-T

有人声称您是联邦所得税申报表的受扶养者吗？若有，您必须：

- 提供所有声称您是受扶养者的人最近的联邦所得税申报表的副本。

3. 保险：

- 您有主要和次要健康保险吗？ 有 没有
- 若有，请提供保险名称以及 ID# _____
- 有资格获得州医疗补助 (Medicaid) 吗？ 有 没有
- 若有资格，请填写州医疗补助 ID#，_____ 获得资格日期：_____
- 如果没有，您在过去六个月内有否申请过医疗补助？ 是 否
- 若是，并且医疗补助被拒，附上“拒绝信”的副本。
- 这些服务是否涉及车祸、工伤赔偿或任何第三方诉讼？若是，请勾选相应方格 车祸 工伤赔偿 其它
- 代表律师姓名：_____ 电话 _____
- 律师地址：_____

4. 需要附加的文件（如果适用的话）：

- 近三个月的所有银行流水工资存根
- 政府签发的患者及配偶身份证明（例如：驾驶证、护照、签证、永久居民卡）。
- 保险卡复印件（正反两面）
- 最近的 IRS 表格 1040 和相关附表以及 W-2's
- SSA 1099 表格（年度报表）
- 失业或工人补偿给予信件
- 退休金，退休费，赡养费，退伍军人福利



经济援助申请

患者姓名:	配偶姓名:
患者的社会保险号:	配偶的社会保险号:
电话号码:	电话号码:
患者是否是美国公民: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	配偶是否是美国公民: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
患者是否是合法永久居民: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	配偶是否是合法永久居民: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
患者出生日期 (月/日/年):	配偶出生日期 (月/日/年):
住址 (房号, 邮政信箱, 街道, 市, 州, 邮编)	

申请时请提供所有有效的身份证件 (当前驾照、护照、签证、永久居民卡)。

患者须知: 我已知晓全部所需文件概不退还本人。我已知晓, 我所提供的数据将用于确定我在克里斯提护理保健服务 (CCHS) 或受雇于 CCHS 医师执业服务中的经济援助和经济责任。我了解并知晓, 本人所填报的家庭年收入、住户人数及居民身分等资料均属实, 并服从 CCHS 检查核实。我知晓, 我必须听从 CCHS 的要求在申请州医疗补助的过程中必须全力配合, 之后 CCHS 才会考虑给我经济援助。我知晓, 如本人经批准获得了经济援助, 但之后在资格期内获得保险; 我必须联系 (302) 623-7440, 告知其更新后的保险信息。我知晓, 本人将承担不包含在经济援助中的任何服务的经济责任。我知晓, 在收到经济援助批准书后, 本人的经济援助范围有效期为一年, CCHS 将本于善意调整在批准日期前一年内的余额。我知晓, 一年后需重新递交申请。我知晓, 如本人不符合经济援助资格, 本人将根据 CCHS 规定的结余限额, 为所有欠款项目订立每月付款计划。我知晓, 如本人所提供的数据被证实为虚假数据, 将被撤销获准资助的资格, 并须承担一切费用。我同意 CCHS 核实我提供的任何信息, 包括但不限于必要时的信用调查。

申请人签名

签字日期

正楷签名

此栏供 CCHS 使用