

**第一步：请将下方的信息填写完整：**

患者姓名:	社会保障号 (如适用):
地址:	出生日期:
城市、州、邮编:	病例号:
家庭电话:	工作电话:
婚姻状况 (圈选一项): 单身 已婚 离婚 分居 丧偶	
您是否拥有美国公民身份或者是美国国民? <b>是/否</b>	
<b>†这些信息对确定您是否符合额外福利/计划的资格必不可少。</b>	
若非美国公民或国民, 您是否拥有以下任意一种移民身份? <b>是/否*</b>	
*若选择“否”, 请直接跳到第二步 (您仍可获得援助)。若选择“是”, 请指出以下哪项符合您的情况:	
<input type="checkbox"/> 庇护受益人 <input type="checkbox"/> 难民 <input type="checkbox"/> 特殊移民青少年身份 (SIJ) <input type="checkbox"/> 在弗吉尼亚州居住至少五年的合法永久居民 <input type="checkbox"/> 自 1996 年以来在美国居住 <input type="checkbox"/> 退伍军人/美国现役军人/退伍军人/美国现役军人的配偶或父母	

**第二步：请填写下列收入和医疗保险相关信息。**

如需额外空间, 可另外附上一张纸。

家庭成员——包括您本人、配偶、18 岁以下子女	性别 男/女	社会保障号 (如已知)	出生日期	与患者的关系	月总收入 (见第二页)	雇主姓名	雇主电话
				本人			

您是否已收到以下信息: 子女抚养费 **是/否** 金额 \$\_\_\_\_\_ 赡养费: **是/否** 金额 \$\_\_\_\_\_

您是否有能够支付您的处方药的全部或部分费用的 Medicare 或其他健康保险? **是/否** 若选择“是”, 请在下方提供保险名称, 以及会员编号和团体保单号:

保险名称	会员编号	团体保单号

**第三步：请填写以下关于资源的部分。**

如需额外空间, 可另外附上一张纸。

支票账号: <b>是/否</b>	银行名称:	余额: \$
储蓄账号: <b>是/否</b>	银行名称:	余额: \$
股票、债券、个人退休金帐户 (IRA)、401K、存单等 <b>是/否</b>	银行名称:	余额: \$

您是否拥有或正考虑购买房产? **是/否** 城市/县: \_\_\_\_\_ 总面积: \_\_\_\_\_

抵押贷款金额: \$\_\_\_\_\_ 您是否在此房产中居住: **是/否**

您是否已为自己或 21 岁以上的任何被抚养人购入了附带现金价值或借款价值的人寿保险? **是/否**

若选择“是”, 请提供保险名称、保单号和现金价值: \_\_\_\_\_

个人财产: **是/否** 请列出所有汽车、卡车、摩托车、露营车、移动房屋等。

如适用: 您是否在移动房屋中居住: **是/否**

项目:	制造型号	年份	所欠金额: \$	价值: \$
项目:	制造型号	年份	所欠金额: \$	价值: \$

声明: 据本人所知和所信, 以上填报的信息完整、准确、真实。为确定本人是否符合医院的贫困护理计划、药品制造商赞助救济计划或其他医疗援助计划的资格, 本人授权 UVA HEALTH 获取必要信息, 涉及核实本人的薪资、本人名下的任何银行账户的余额, 以及任何人寿保险的现金价值。本人名下的保单、股票或债券, 以及本人名下或准备购置的任何不动产或动产的价值。本人是否适合被推荐加入联邦或州资助的医疗救济计划? 本人同意授权 UVA HEALTH 发布并获取所有必要的信息, 以确定资格。本人同意, 在本人的保险 (医疗或处方) 和/或收入发生变动时及时告知 UVA。

申请人/担保人签名 (必填项):	日期:
配偶签名:	日期:

所需的信息和证明文件旨在确保我们的程序遵守联邦政府为该计划制定的规则，同时确定您可能符合哪些其他计划或救济的资格。

您是否需要帮助来完成申请表的填写？

请致电： 866-320-9659

请发送电子邮件至： FinancialAssistance@UVAHealth.org

请发送传真至： 434-924-1251

当面咨询： Education Resource Center（位于药店旁边）  
1220 Lee St  
Charlottesville VA 22903  
营业时间：周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

Prince William Hospital  
8700 Sudley Road  
Manassas VA 20110  
营业时间：周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

Culpeper Hospital  
501 Sunset Lane  
Culpeper, VA 22701  
营业时间：周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

### 援助申请表填写说明

**第一步：** 请完整填写所有患者相关信息。

**第二步：** 填写收入和医疗保险信息。收入包括来自雇主、政府援助（例如社会保障、退伍军人福利）、退休金、赡养费、自雇或其他任何收入来源的收入。**若孩子已满18岁，请单独填写表格，切勿将其附在本申请中。**此申请中不应包括非家庭成员，但该成员为未满 18 岁的儿童且您能提供监护证明的情况除外。

**第三步：** 填写资源相关信息。

需针对此申请表上列出的每一项提供证明或文件，以确保 UVA HEALTH 符合州指导方针。如未附上所有必要的文件，请勿提交您的申请。为避免延迟，请尽快填妥所有信息并交回表格。

## 文档

以下是可能需要的文件种类。

请阅读每项，以确定哪些适用于您的情况：

(请仅提供复印件，原件将不予归还。)

### 第一步：无需文档

### 第二步：收入

- 工资单：**若您有工作，请提供最近一个月的工资单——至少应为最近三个月内的工资单。若无法提供工资单，则需提供雇主出具的、概述月工资总额的信函。
- 无业：每周补助金额核实表或失业或劳工赔偿拒绝表。** 领取失业救济金的申请人还需提供救济金直接存款证明。
- 其他资源：**每月退休金总额对账单、信托基金分配款项、赡养费和/或子女抚养费的副本。
- 政府福利：**社会保障、补充安全收入计划 (SSI)、退伍军人 (VA) 福利待遇或其他政府福利的确认或拒绝信函，以及支票或带有自动存款项的银行对账单复印件。
- 季节性工作：**由雇主出具的、说明入职日期和年初至今的收入总额的信函。。
- 自雇：**提交您当前年度的联邦所得税申报表。
- 证明信函：**来自家人或朋友的证明信函（当未报告收入或收入证据不足时）。
- 病假：**雇主出具的、表明您正处于带薪病假或无薪休假期间的声明。若带薪休假，请提供雇主出具的收入证明。
- 学生：**奖学金、贷款、勤工俭学、津贴、学费、助学金和奖学金金额。
- 其他：**监护文件的副本（如适用）：

### 第三步：资源

- 银行对账单：**银行或信用合作社最近三个月的储蓄和/或支票账户对账单。对账单上必须显示银行名称、账号、账户持有人姓名和余额。
- 现金应用程序和 PayPal：**PayPal 或任何货币共享应用程序（如 Venmo、CashApp 等）的对账单或屏幕截图。必须显示账户持有人姓名/用户名和余额。
- 投资：**股票、债券、传统个人退休金帐户 (IRA)、401K、存单、证券——银行/券商开具的当前价值报告的日期不得超过三个月。对账单上必须显示银行名称、账号、账户持有人姓名和余额。
- 个人财产：**显示车辆估价的税务报表。若有涉及车辆的贷款，请注明并且必须注明贷款还款金额，并注明贷款人姓名、账户持有人姓名和车辆描述/车辆识别号 (VIN)。
- 房产：**显示土地面积和评估价值的最新税务报表。若存在抵押贷款，则需提供还款详情，需注明贷款人姓名、账户持有人姓名和财产说明/地址。
- 人寿保险：**注明现金价值的保单或声明，或表明保单无现金价值的证明。