

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

约翰·霍普金斯医疗
经济援助申请

请填写随附的表格并将其连同如下所示的文件一起返还。

表格包括:

经济援助申请表（随附）

文件包括:

1. 去年纳税申报表的副本。（如果已婚并分别提交，请提供两份申报表的副本）。
2. 您最近三 (3) 份工资单、雇主的信件或失业状况证明的副本。
1. 社会保障发放的福利裁决通过证明副本（如适用）
2. 医疗援助或社会保障的决定函副本。
3. 申请表中记录的每月生活费用证明，例如电话帐单、BG&E 帐单或租金/抵押贷款的副本。
4. 未付医疗费用的副本。
5. 所有医疗保险卡的副本。
6. 居住证明，例如身份证、驾驶执照、出生证明或合法永久居留身份（绿卡）。

请将信息邮寄至:

**3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211**

邮寄地址:

3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

电子邮件: financialassistance@jhmi.edu

电话: 443-997-3067

传真: 443-769-1250

	每月金额
就业情况	_____
退休/养老金福利	_____
社会保障福利	_____
公共援助福利	_____
残疾福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
出租物业收入	_____
罢工福利	_____
军人福利	_____
农场或自营职业	_____
其他收入来源	_____
总额	_____

II. 流动资产	当前余额
支票账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、定期存单或货币市场	_____
其他账户	_____
总额	_____

III. 其他资产	大概价值
如果您拥有下列任何物品，请列出类型和大概价值。	
房屋 贷款余额 _____	_____
汽车 制造商 _____ 年份 _____	_____
其他汽车 制造商 _____ 年份 _____	_____
其他汽车 制造商 _____ 年份 _____	_____
其他资产	_____
总额	_____

IV. 每月花费	数额
租金或抵押	_____
水电费	_____
汽车还款	_____
信用卡	_____
汽车保险	_____
健康保险	_____
其他医疗费用	_____
其他开支	_____
您还有其他未支付的医疗费用吗？ 是 否	
用于什么服务？ _____	
是否已经安排了付款计划？每月支付的金额是多少？ _____	

医疗经济困难援助资格：

本申请日期前十二 (12) 个日历月的家庭收入： _____

在本申请日期之前的十二 (12) 个日历月内在约翰·霍普金斯产生的医疗债务（不包括共同保险、共付额或自负额）：

服务日期	所欠金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____

用于推定经济援助资格：

- | | |
|--|-----|
| 1. 患者的年龄是几岁? | |
| 2. 患者是否怀孕? | 是或否 |
| 3. 患者家中是否有 21 岁以下的孩子? | 是或否 |
| 4. 患者是否失明, 或患者是否可能因有酬工作而残疾 12 个月或更长时间? | 是或否 |
| 5. 患者目前是否正在接受社会保障生活补助金 (SSI) 或社会保障残障保险福利 (SSDI)? | 是或否 |
| 6. 患者 (以及已婚配偶) 的银行账户总额或可兑换现金的资产是否不超过以下金额? | 是或否 |

家庭规模:

个人: 2,500.00 美元
 两人: 3,000.00 美元
 每增加一名家庭成员, 增加 100.00 美元
 (例如: 对于一个四口之家, 如果您的流动资产总额低于 3,200.00 美元, 您的回答会是“是”。)

- | | |
|--|------------|
| 7. 患者是马里兰州居民吗?
如果不是马里兰州居民, 患者居住在哪个州? | 是或否 |
| 8. 患者是无家可归吗? | 是或否 |
| 9. 患者是否参加了妇女、婴儿和儿童 (WIC) 营养计划? | 是或否 |
| 10. 家庭中是否有孩子参加免费或减价膳食计划? | 是或否 |
| 11. 家庭是否参加了低收入家庭能源援助计划? | 是或否 |
| 12. 患者是否获得补充营养援助计划 (SNAP) 或食品券的援助? | 是或否 |
| 13. 患者否在霍华德健康计划 (Healthy Howard) 登记为 Chase Brexton? | 是或否 |
| 14. 患者是否经天主教慈善机构 (Catholic Charities)、Mobile Med、蒙郡癌症十字军 (Montg Co Cancer Crusade)、初级保健联盟 (Primary Care Coalition)、蒙郡基础治疗联盟 (Montgomery Cares)、Project Access 或 Proyecto Salud 转介至 SH? | 是或否 |
| 15. 患者目前是否有:
医疗援助药房计划 (Medical Assistance Pharmacy)
仅合格的医疗保险受益人 (QMB) 或指定低收入医疗保险受益人 (SLMB) | 是或否
是或否 |
| 16. 患者是否有工作?
如果答案为否, 则注明开始失业的日期。
有资格获得 COBRA 健康保险? | 是或否
是或否 |

所有提交的文件都将成为此申请的一部分。

如果您要求获得额外的经济援助, JHM 可能会要求提供额外的信息以做出补充决定。通过签署此表格, 您证明所提供的信息是真实的, 并同意在更改后十天内将所提供信息的任何更改通知 JHM。据我所知所信, 申请中提交的所有信息都是真实准确的。

 申请人签名

 日期

 与患者的关系