

Holy Cross Hospital

财务咨询

1500 Forest Glen Road
Silver Spring, MD 20910-1484
电话：(301) 754-7195
传真：(301) 754-3227

Holy Cross Germantown Hospital

财务咨询

19801 Observation Drive
Germantown, MD 20876
电话：(301) 557-6195
传真：(301) 557-5549

**圣十字医疗
经济援助计划**

圣十字医疗致力于成为我们社区最值得信赖的医疗保健服务提供者。我们承诺向没有个人资源来支付必要医疗服务或不符合提供保险（Medicaid、CHIP 等）的计划资格的个人提供服务。

如果没有适用的公共计划，那么圣十字医疗会提供经济援助计划，从而让符合资格的患者获得必要的医院服务。**所有遭遇紧急、突发或威胁生命状况的**马里兰州的居民或患者都可以申请经济援助。**资格根据个人情况、家庭收入和资产确定。**该资格一旦被授予，则适用于在医院提供的医疗必要服务，而除非患者在此期间内变得符合公共计划下保险的资格，否则在六个月内其他计划未承保这些服务。保险期间可能取决于患者符合资格的经济援助计划。

适用于 圣十字医疗独立拥有和经营的机构所提供的医疗必要患者服务。

承保医院及在院医师在医院提供服务时提供及计费的所有医疗必要服务：

- 大都会内科（住院医生）
- 母胎协会
- 社区新生儿协会。
- 银泉病理学协会
- 影像诊断学协会
- 银泉急诊医生
- 圣十字麻醉学协会
- Sunrise 医务组（重症监护医师）

不包括

- 上方未列出的医师及其他医疗保健提供者提供的服务
- 非医疗必要的服务（美容、便利设施、可选的外科手术）
- 有资格获得县、州、联邦或其他援助计划的患者接受的服务
- 私人医生办公室和其他机构提供的服务
- 家庭医疗保健和临终关怀服务提供的服务
- 成人日间护理中心提供的服务

马里兰州和发放救济的社会服务计划的患者可用的保险：

- 蒙哥马利医疗、项目访问或儿童保育计划。
- 有儿童参加免费或折扣午餐、食品券或补充营养援助、马里兰州低收入家庭能源援助和妇女、婴儿与儿童计划的家庭。

医疗经济困难援助：

- 如果您的 圣十字医疗债务超过您家庭收入的 25%（*不包括共同保险、共同支付、在院医生账单和/或免赔额*），请咨询如何申请。

有关我们财务援助计划的更多信息，请致电 301-754-7195（圣十字医院）或 301-557-6195（圣十字日耳曼敦医院）联系我们的财务顾问。

Holy Cross Hospital
财务咨询
 1500 Forest Glen Road
 Silver Spring, MD 20910-1484
 电话：(301) 754-7195
 传真：(301) 754-3227

Holy Cross Germantown Hospital
财务咨询
 19801 Observation Drive
 Germantown, MD 20876
 电话：(301) 557-6195
 传真：(301) 557-5549

帐户/参考编号 _____

经济援助计划
 患者概况调查问卷

请完成整份调查问卷，在您填写《经济援助申请》并签字后一同交回。

患者姓名： _____ 出生日期： _____
 名 中间名 姓

仅供
 办公室使用

- 1) 患者在获得服务之日的年龄?
- 2) 患者是否拥有健康保险? 是或否
 如果是，健康保险公司的名称为何?
- 3) 患者是否为美国公民或永久居留者(供 Medicaid 确定)?..... 是或否
- 4) 如果是永久居留者（多少年）?.....
- 5) 患者是否妊娠?..... 是或否
- 6) 是否有 21 周岁以下的子女与您同住? 是或否
- 7) 患者是否失明或患者是否有可能在 12 个月
 或更长时间内残疾无法工作? 是或否
- 8) 患者是否正在接受社会安全局的福利 (SSA)?..... 是或否
- 9) 患者是否正在接受附加保障收入 – (SSI/SSDI)? 是或否
- 10) 患者是否为马里兰州居民? 是或否
 如果不是马里兰州居民，那么患者是哪一州的居民?.....
- 11) 您是否是圣十字医疗中心患者? 是或否
 如果是，是哪个医疗中心的患者? ... Gaithersburg ... Silver Spring ... Aspen Hill ... Germantown
- 12) 患者是否无家可归? 是或否
- 13) 患者是否有工作? ... 是或否
 如果否，离职的日期?.....
- 14) 患者是否已申请失业?..... 是或否
 如果是，福利从哪天开始?
- 15) 患者、担保人/配偶是否参加或目前有以下马里兰州发放救济的社会服务计划?
注：请提供授予函或参保卡的副本，以加快您的申请：
 - a. 妇女、婴儿和儿童计划 (WIC) 是或否
 - b. 儿童参加免费或折扣午餐计划的家庭 (NSLP) 是或否

MA

MC
 MD
 ME
 MF
 MG
 E7
 MH
 MI

Holy Cross Hospital 经济援助申请

- c. 马里兰州低收入家庭能源援助 (MEAP) 是或否
- d. 食品券或补充营养援助 (SNAP) 是或否
- e. 初级成人护理计划 (PAC) 是或否
- f. 蒙哥马利医疗 是或否
- g. 项目访问 是或否
- h. 儿童医疗 是或否

仅供办公室使用 接收人: _____ 转发给: _____ 日期: _____
--

帐户/参考编号 _____

请完成/回答此表格的每个部分, 如都不适用请填写“N/A”

第一部分

您(患者)的信息:

姓名

: _____ 出生日期: _____
名 中间名 姓

社会安全号: ____ - ____ - ____

婚姻状态: 未婚 已婚 离异

家庭住址: _____ 城市 州 邮政编码

公司名称: _____

公司地址: _____ 城市 州 邮政编码

手机/家庭电话: _____

工作电话: _____
(地区号) #### - ##### (地区号) #### - #####

家庭成员(配偶/孩子/亲属):

您是否申请了马里兰州医疗保险 是 否, 如果是, 您提出申请的日期是? _____

姓名	出生日期	关系	姓名	出生日期	关系
_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系	_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系
_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系	_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系
_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系	_____ 姓名	_____ 出生日期	_____ 关系

注: 如果您申请了医疗补助但还没收到确认, 请联系您的 DHHS 案例工作人员进行确认。收到最终确认后, 经济援助申请将会进入处理流程。

如果是, 对申请的审核结果?(合格、不合格、其他、禁用等)? _____

您通过健康交流申请保险了吗? 是 否

您通过健康交流申请的保险计划被批准了吗? 是 否

您曾通过健康交流参保保险计划吗? 是 否

您是否还有其他圣十字医疗未支付的医疗账单? 是 否

如果有, 是圣十字医疗的什么服务? _____

您是否安排过每月付款的付款计划? _____

您是否曾填写联邦&州的收入所得税? 是 否,

如果是, 那么在哪一年? _____

第二部分

支持者/担保人信息(父母/配偶/生活伴侣/重要他人): 填写“N/A”(不适用)

Holy Cross Hospital 经济援助申请

姓名：_____

_____ 名 中间名 姓

配偶 父母 其他
(请写明与患者的关系) _____

社会安全号：____-____-____

婚姻状态： 未婚 已婚 离异

担保人出生日期：_____

马里兰州居民： 是 否

家庭住址：_____

_____ 城市 州 邮政编码

手机/家庭电话：_____ 公司名称：_____

工作电话：_____

您是否曾填写联邦&州的收入所得税？ 是 否。
如果是，在哪一年？_____

*** 请完成/回答此表的每个部分，如都不适用请填写“N/A”或“零”(0)。***

第三部分

I. 家庭收入： 一起生活的以下所有人的收入；患者：亲生、领养或继子女；患者有权要求减免州或联邦纳税的任何人。列出您所有来源的月收入额。如果家庭成员或家庭成员以外的其他人提供超过 50% 的生活费用支持，请提供支持者的月收入。**请提供一份文件副本来支持列出的每项收入和资产来源(见第 5 和第 6 页)。**

每月金额	患者	父母/配偶 生活伴侣/重要的他人	其他
工作	\$ _____	\$ _____	\$ _____
退休/抚恤金福利	\$ _____	\$ _____	\$ _____
社会保障金 (SSA/SSI).....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
公共援助福利 (食品券/HOC).....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
残疾人福利.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
失业福利.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
退伍军人/军事福利.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
赡养费.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
儿童抚养费.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
租金收入 (是否有人向您支付房租?)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
自主创业.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他收入来源.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
每月总净收入:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

II. 资产:	患者	父母/配偶 生活伴侣/重要的他人	其他
支票账户.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
储蓄账户.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
股票、债券、存款证明或货币市场.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他账户.....	\$ _____	\$ _____	\$ _____
总资产:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

III. 其他资产:

家庭/按揭贷款未清余额.....\$ _____	大致价值 \$ _____
车辆 #1 生产 _____ 年份 _____	大致价值 \$ _____
车辆 #2..... 生产 _____ 年份 _____	大致价值 \$ _____
车辆 #3 生产 _____ 年份 _____	大致价值 \$ _____
其他财产.....	大致价值 \$ _____
其他总资产 _____	

IV. 每月开支:	金额	金额
租金或按揭	\$ _____	车辆保险 _____
公用设施	\$ _____	健康设施 _____
车辆款项	\$ _____	其他医疗开支 _____
信用卡	_____	其他开支 _____

第四部分

我/我们兹证明此处包含的信息真实、正确、完整，伪证处罚。我了解，无论申请是否批准，圣十字医疗都会保存此申请表电子版，如果没有提交完整准确的信息和支持文件，此申请将不会通过。如果申请表中有不准确和不真实的部分，任何已授予的援助都将被撤销。圣十字医疗有权从公共信用记录代理核实收入和资产信息以及工作经历。我了解，我有责任付清我的未清余额中应付的部分，以使圣十字医疗给与我的经济援助生效。

日期: _____ 签字: _____ (患者)

日期: _____ 签字: _____ (父母/配偶/生活伴侣/重要的他人)

日期: _____ 签字: _____ (他人)

(仅供办公室使用)

仅在收到填写完整并签名的经济援助申请和下列文件需求后，才能授予经济援助：
(仅提供副本)。

- **身份证明需要：**

- 患者带照片的身份证明副本
- 马里兰州居民证明副本

- **马里兰州发放救济的社会服务计划：**

请提供授予函或参保卡：

- 妇女、婴儿和儿童计划 (WIC)
- 儿童参加免费或折扣午餐计划的家庭 (NSLP)
- 低收入家庭能源援助计划 (MEAP)
- 食品券或补充营养援助 (SNAP)
- 蒙哥马利医疗
- 项目访问
- 儿童医疗

- 如果您没有参加上述任何计划，请提供**下列文件：(仅副本)**

- 上一年纳税凭证副本 - 所有页
- 最近的工资单副本 - **最近一整月**
- 如果您自主创业，请提供证明您月/年净收入的函件。函件必须列明：日期、名称、地址、电话号码、解释及签字
- 或者您的雇主确认您的每月或年度收入的函件。函件必须列明以下各项：日期、名称、地址、电话号码、解释及签字
- 银行对账单的副本 (支票账户/储蓄账户 — 所有页) - **最近 2 个月**
- 如果您自主创业，或提供雇主出具的函件，请提供 (支票账户/储蓄账户 — 所有页) **最近 3 个月的资料**
- 最近原银行贷款文件和/或契约的副本 (如果付清)
- 如果您没在圣十字医院**开立账户或先前没有接受过服务**，请随填妥的经济援助申请，提供一份医师转诊或诊断书副本。

- 如果您没有工作，由家庭成员 (配偶等) 或另一非家庭成员负责您的开销，请提供支持者的上述文件。

如需有关必要文件的其他信息或有疑问，请致电我们的财政咨询部。

仅在收到**填写完整并签名**的经济援助申请和下列文件需求后，才能授予经济援助：**（仅需提供副本）**

注： 普通经济援助基于包含收入和净资产两部分的测试。个人净资产超过 \$10,000 或家庭净资产超过 \$25,000 的个人不具备获得经济援助的资格。

步骤 1) 身份证明 (1 份) - 仅副本			
<input type="checkbox"/> 驾驶证	<input type="checkbox"/> 马里兰州身份证	<input type="checkbox"/> CASA ID	<input type="checkbox"/> 护照
步骤 2) 马里兰州居民身份证明 (1 份) 除非患者有紧急、突发或威胁生命状况 - 仅副本			
<input type="checkbox"/> 近期带名字和地址的工资单	<input type="checkbox"/> 选民登记证	<input type="checkbox"/> 带有完整姓名和住址的水电单	<input type="checkbox"/> 地税单
<input type="checkbox"/> 抵押贷款或租赁证明	<input type="checkbox"/> 最新纳税申报表 / W2		
步骤 3) 马里兰州发放救济的社会服务计划证明 - 请提供授予函或参保卡的副本 仅副本			
<input type="checkbox"/> 妇女、婴儿和儿童计划 (WIC)	<input type="checkbox"/> 儿童参加免费或折扣午餐计划的 (NSLP)	<input type="checkbox"/> 低收入能源援助计划 (MEAP)	<input type="checkbox"/> 食品券或补充营养援助计划 (SNAP)
<input type="checkbox"/> 项目访问	<input type="checkbox"/> 蒙哥马利医疗	<input type="checkbox"/> 儿童医疗	<input type="checkbox"/>
我们基于提交参保证明（其中一个计划的有效受益人）批准申请，此证明须于提交申请的 30 天内提交。如证明未能在申请后 30 天内提交，接下来将会进行全面经济援助调查（收入/资产）。			
步骤 4) 收入证明 - 提供文件以支持申请中列出的每项收入金额：仅副本			
注：我们可能需要 1 份以上文件以确认收入			
<input type="checkbox"/> 薪资单：上月： (4 - 每周, 2 - 双周, 1 - 每月)	<input type="checkbox"/> 失业福利授予函	<input type="checkbox"/> 社会保障残疾保险 - (SSDI)	<input type="checkbox"/> 退伍军人/军事福利
<input type="checkbox"/> 赡养费证明信和/或孩子的抚养费**	<input type="checkbox"/> 现金援助授予函	<input type="checkbox"/> 住房机会委员会 (HOC) - 授予函	<input type="checkbox"/> 证明患者每月收入金额的雇主证明信**
<input type="checkbox"/> 附加保障收入 (SSI) 授予函	<input type="checkbox"/> 社会安全局 (SSA) 授予函	<input type="checkbox"/> 陈述对患者援助的支持者证明信**	
<input type="checkbox"/> 最新纳税申报表 - 所有页：(去年) 包括但不限于自主创业收入 (纳税申报表 C 表)，纳税单 E 表 (租赁收入表)			
第五步) 资产证明 - 对申请中列出的每项资产金额提供文件支持：仅副本			
注：我们可能需要 1 份以上文件以确认资产			
<input type="checkbox"/> 支票账户 (正式对账单) 最近 2 和/或 3 个月	<input type="checkbox"/> 储蓄账户 (正式对账单) 最近 2 和/或 3 个月	<input type="checkbox"/> 原银行贷款文件或契约	<input type="checkbox"/> 债券/股票证明
<input type="checkbox"/> 反向抵押贷款的收益证明	<input type="checkbox"/> 存款证明 (CD)	<input type="checkbox"/> 货币市场证明	

* 如果家庭成员（配偶等）或家庭成员以外的其他人提供超过 50% 的生活费用支持，请提供支持者的上述文件。

如果您没在圣十字医院开立账户或没有接受过服务，请随完整的申请，提供一份医师转诊或诊断书副本。

重要： 标记了 ** 的文件必须包含证明人的日期、姓名、地址、电话号码、详细解释及签字。

家庭收入 定义为所有生活在一起，通常一起购买和做饭的所有个人的收入。

有关我们财务援助计划的更多信息，请致电 301-754-7195（圣十字医院）或 301-557-6195

（圣十字日耳曼敦医院）联系我们的财务顾问。