



財政援助申請表

St. John Medical Center
 St. John Broken Arrow St.
 John Owasso
 St. John Sapulpa

Jane Phillips Medical Center Jane
 Phillips Nowata
 St. John Clinic RML

| | |
|---|------|
| 發佈日期 | 病人姓名 |
| 到期日 | 交回至 |
| 填妥本申請表的兩面並連同下述資料的一份副本一起交回： - 您去年的聯邦報稅表 - 您最近的工資單 - 您最近的銀行結單 | |

| | |
|--------------|------|
| 申請人/責任方 (姓名) | 配偶姓名 |
|--------------|------|

| | | | |
|----|----|----|------|
| 地址 | 城市 | 州份 | 郵政編碼 |
|----|----|----|------|

| | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------|--------|----------|----------------|
| 住在目前地址的時間 _ 年 _ 月 | 租金自置 () | 住宅電話 () | 家庭成員數目 | 家庭中的成人數目 | 未成年人士數目(包括大學生) |
|----------------------|-------------|-------------|--------|----------|----------------|

人口統計學資料 R

| | 申請人 | 配偶 |
|-------|-----|-----|
| 受僱於 | | |
| 工作電話 | () | () |
| 職業 | | |
| 已受僱時間 | | |
| 時薪 | | |
| 社保號碼 | | |

總收入(稅前)

| | 申請人每月收入 | 配偶每月收入 |
|---------|---------|--------|
| 就業收入 | | |
| 退休金/養老金 | | |
| 社保 | | |
| 工人的補償金 | | |
| 失業金 | | |
| 殘疾補貼 | | |
| 退伍軍人福利 | | |
| 公共援助 | | |
| 利息股息 | | |
| 租金收入 | | |
| 孩子的撫養費 | | |
| 贍養費 | | |

| | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 合計 | \$ | 合計 | \$ |
|-----------|-----------|-----------|-----------|

資產/儲蓄

| | 所在地點 | 金額/價值 |
|---------|------|-------|
| 支票 | | |
| 儲蓄 | | |
| 存款單(CD) | | |
| 股票/債券 | | |
| 個人退休戶口 | | |

| 資產/財產 | | | |
|---|-----------|---------|---------|
| 汽車 | 年份/製造商/型號 | 貸款餘額 | 估值 |
| | 年份/製造商/型號 | 貸款餘額 | 估值 |
| 休閒車輛/船舶 | 年份/製造商/型號 | 貸款餘額 | 估值 |
| | 年份/製造商/型號 | 貸款餘額 | 估值 |
| 家居(您的家) | 按揭貸款公司的名稱 | 貸款餘額 | 估值 |
| 每月開支 | | | |
| 按揭貸款或租賃費用 | 房東/房屋的保險 | 電話 | 有線電視/衛星 |
| 電費 | 天然氣費 | 水費/排污費 | 食物 |
| 汽車付款 | 汽車保險 | 休閒車輛/船舶 | 贍養費 |
| 子女撫養費 | 托兒費用 | 其他(請列出) | 合計 \$ |
| 信貸帳戶/其他開支 | | | |
| 請列出信貸帳戶及其他債務* | | 結餘 | 每月付款 |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| | | 合計 | \$ |
| *如有需要,請附加紙頁 | | | |
| 醫療開支 | | | |
| 請列出醫療債務* | | 結餘 | 每月付款 |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| | | 合計 | \$ |
| *如有需要,請附加紙頁 | | | |
| 每月開支總額 | | | \$ |
| 資產的授權 | | | |
| <p>本人_____授權聖約翰醫療系統(St. John Health System)以獲得資產驗證。這被認為是完成慈善關懷申請的必要條件。我/我們在此證明所提交的資訊都是正確的,並授權您以獲取相關的信貸資訊。</p> | | | |
| 申請人簽署 | 社保號碼 | 日期 | |
| 配偶簽署 | 日期 | | |

財政援助指引

隨函附上您所要求的財政援助申請表。申請表必須填寫完整，並在審核申請前簽名。爲了符合財政援助資格，您必須在當地的縣醫療補助計劃（Medicaid）辦公室申請 SoonerCare。在我們考慮您的財政援助申請之前，必須把他們的批准/拒絕信的副本寄到本辦公室。（如果您有私人保險，因殘障而獲得社保福利，或者您已超過 65 歲，您就不需要申請 SoonerCare）。

如果您有原住民醫療福利，將需要把您的准入情況通知原住民機構，並且在可以處理您的財政援助之前，將他們的支付或拒絕應用到您的帳戶。

您必須提供一份您最近的聯邦報稅表、收入證明、（最近的工資存根、子女撫養費副本等）和您名下所有銀行戶口的銀行帳戶報表的副本，包括一切年金、IRA 帳戶、存款單（CD）或 401K 等。如果您無法提供這些項目，您必須以書面形式說明支持您繳付生活開支的方式。

如果您正在領取社保，請提供一份註明您每月收到金額的信件副本。

如果您失業了，我們需要一個有簽名的、經過公證人認證、聲明您失業時間的信件。

聖約翰醫療系統向患者提供的財政援助，僅是爲了幫助支付所需的病人款項，用於支付在聖約翰醫療系統的全資附屬機構擁有或運營的設施中或由聖約翰診所受聘某位醫生提供服務的費用。聖約翰資助的財政援助不適用於由獨立醫生提供的服務，也不適用於在非聖約翰醫療系統所擁有或經營的設施中提供的服務。病人要求的私人房間費用和便利用品費用可能不包括在此申請中。如果您對這些規定有疑問，請致電 (918) 744-2451 與財務諮詢辦公室（Financial Counseling Office）聯絡。

請將申請表交回：

St. John Medical Center
1923 S. Utica Ave.
Tulsa, OK 74104
收件人：財務諮詢辦公室