



Geisinger Health System
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-4938
电话: 800-640-4206

患者姓名
患者姓名

医疗记录编号
MRN

担保人姓名
担保人地址
担保人所在省市、邮编

日期

尊敬的**担保人姓名**:

随附一份**财务声明申请**。请完成整个问卷。根据您的财务状况，我们可能能够部分或全部免除您的医疗账单。花时间完成这份财务状况问卷对您有利。

为了便于办理，必须提供财务声明清单上的所有文件。如有遗漏，补齐之前，您的申请可能会延迟或者被拒。

将该财务声明、财务清单和所有支撑文件邮寄至：

Geisinger Uncompensated Care Services 49-38
100 N. Academy Ave.
Danville, PA 17822-4938

如有关于该流程的任何问题，请拨打 800-640-4206，与我们的客户服务呼叫中心取得联系。**打电话查看状态前，请确保您的申请已经进入我们的系统 30 天以上。**

此致，

Uncompensated Care Department
Geisinger Revenue Management

如有任何问题或需要了解更多信息，请致电 800-640-4206，如果您已经注册了 MyGeisinger，请访问 mygeisinger.geisinger.org



财务声明申请

必须填写所有划线部分，如果不适用，请在线上写“N/A”。空白划线会导致处理延迟。

姓名: _____ 社会保障号: _____ 出生日期: _____
 街道地址: _____ 医疗记录编号: _____
 市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 电话: _____
 在该地址居住时间: _____ 家庭总人数: _____
 婚姻状况: 已婚 _____ 离婚 _____ 寡居 _____ 单身 _____ 分居 _____
 雇主: _____
 配偶姓名: _____ 配偶的社会保障号: _____
 包含在本申请中任何其他个人的姓名、出生日期和医疗记录编号: _____

申请经济援助的原因: 待结款项 未来服务
 列出服务和进行未来服务的预计患者责任: _____

家庭收入

申请者全年毛收入: \$ _____ 配偶的全年毛收入: \$ _____
 其他家庭成员全年毛收入总和: \$ _____
 其他年收入:
 社会保障: \$ _____ 退休金: \$ _____ 残疾抚恤金: \$ _____
 子女抚养费: \$ _____ 赡养费: \$ _____ 其他 (请具体说明): \$ _____
 家庭全年总收入: \$ _____
 您是否必须申报联邦所得税? 是 _____ 否 _____
 您是否通过 Marketplace 申请过健康保险赔付? 是 _____ 否 _____
 您是否免于通过 Marketplace 申请保险赔付? 是 _____ 否 _____

资产

银行名称	账户类型 (支票、储蓄、401K、CD、IRA、其他)	余额

住处: 自有 _____ 购买 _____ 租住 _____ 活动房屋 _____ 其他 _____
 汽车: 自有 _____ 他人资助 _____ 车辆数量和年份 _____
 其他资产 (财产或车辆): _____



月支出

抵押贷款 \$ _____ 暖气费 \$ _____ 电话费 \$ _____ 汽车保险 \$ _____
房租 \$ _____ 电费 \$ _____ 有线电视 \$ _____ 人寿保险 \$ _____
汽车 \$ _____ 水/污水 \$ _____ 食品 \$ _____ 健康保险 \$ _____
纳税 \$ _____ 交通 \$ _____ 其他 (请解释) \$ _____

其他支出:

类型/债权人	月付款数	类型/债权人	月付款数

每月支付总额: \$ _____

我证明上述声明真实可信。我也在此授权 **Geisinger** 调查此处所列的参考文件或来自我处或任何与我的信用和财务责任有关的人员处获得的声明或其他数据。

签名: _____

日期: _____

财务援助清单

为了避免延迟处理您的申请，请利用该清单核对是否已经按照要求填写/随附了所有的信息。

- 已经填写了财务声明上的所有划线部分。如果某一项不适用于您的情况，则在划线部分标注“N/A”。
- 我们还随附了最新的联邦退税（其中包括所有的时间表），并由所有的纳税人**签名**。
 - 如果您以电子方式报税，请在表格底部签名
 - 如果无须报税，您已经在财务声明上标示出来
- 过去三(3)个月支票和/或储蓄账户报表的副本包含在内（**必须包含报表的所有页面——仅摘要页是不可接受的**）。
 - 如果没有储蓄或支票账户，您已经在财务声明上标示出来
- 包含了家庭**所有成员**全部来源收入的证明。
 - **已就业人员**：四(4)次最新连续工资单的副本，或信头概括了相同信息、来自雇主的信函副本
 - **未就业人员**：如果不存在收入，则需要一份表明没有任何来源的收入的公证函
 - **未就业补偿**：资格确定信副本，过去四(4)次工资单或表明存款的银行对账单的副本
 - **社会保障/残疾**：当年福利确定函的副本
 - **退休金**：退休金支票、表明存款的信函或银行对账单的副本
 - **赡养费/子女抚养费**：协议、表明存款的信函、支票或银行对账单的副本
- 包含了最新的投资会计结单。
 - 401K/403B
 - IRA
 - 延税年金
 - CD
 - 其他
- 如果您参加了 Medicare 或没有医疗保险，包含医疗援助拒绝函的副本（**拒绝函不得久于一年，且必须包含所有页面**）。
- 包含了拒绝函或 Marketplace 豁免信。
- 如果已婚且目前分居，则包含分居证明。