



經濟援助申請

電話：417-269-0523 斯普林菲爾德或 417-348-8930 布蘭森或 417-354-1118 莫內特 417-681-5100

電子郵件：[住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com)

重要：您可能有資格獲得折扣護理。完成此申請將有助於 CoxHealth 確定您是否可以獲得折扣服務或是否有資格獲得其他可幫助支付您的醫療保健的公共計劃。

如果您沒有保險，則不需要提供社會安全號碼以獲得折扣護理的資格。但是，一些公共計劃（包括 Medicaid）則需要社會安全號碼。雖不需要提供社會安全號碼，但將有助於醫院確定您是否有資格加入任何公共計劃。

請填寫此表並親自或透過郵件將該表提交給醫院：

CoxHealth 收件人：財務顧問 1423 N. Jefferson Ave. Springfield, MO 65802 傳真 417-269-0518	Cox Medical Center Branson (Cox 布蘭森醫療中心) 收件人：財務顧問 郵政信箱 650 Branson, MO 65615 傳真 417-335-7071	Cox Monett Hospital (Cox 莫內特醫院) 收件人：財務顧問 801 N. Lincoln Ave. Monett, Mo 65708 傳真 417-354-1185	Cox Barton County Hospital 收件人：財務顧問 29 NW 1 <sup>st</sup> Lane Lamar, MO 64759 傳真 417-681-5266
---	--	---	--

或者發送電子郵件至[住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com](mailto:住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com)，以便在收到最初的帳單之日後的 240 天內申請折扣護理。患者承認他或她已盡力提供申請中要求的所有資訊，以協助醫院確定該患者是否有資格獲得經濟援助。

患者資訊	
患者姓名	出生日期
	患者社會安全號碼 (可選並且不是必填)
<b>患者</b>	<b>負責帳單的人員</b>
在獲得服務期間是密蘇里州的居民？是 ___ 否 ___	姓名
街道	街道
城市、州、郵編	城市、州、郵編
電話：( )	電話：( )
電子郵件：	電子郵件：
就業資訊	
患者的雇主	配偶/伴侶/監護人的雇主
街道	街道
城市、州、郵編	城市、州、郵編
電話：( )	電話：( )
其他資訊	
1. 患者是否遭遇了導致需要服務的事故？	是 ___ 否 ___
2. 患者是否是導致需要服務的犯罪受害者？	是 ___ 否 ___
3. 患者家屬和/或家庭中的人數？	
4. 患者的受撫養人*的人數？	
5. 患者的受撫養人*的年齡是多少？	
6. 在獲得服務期間或之後，患者是否離婚或分居或涉入婚姻解除程序？	是 ___ 否 ___
7. 在獲得服務期間或之後，患者是否是離婚或分居或涉入婚姻解除程序的父母一方的受撫養人？	是 ___ 否 ___
8. 如果問題 6 或 7 的回答為是，那麼根據離婚或分居合約或命令，誰負責患者的醫療護理？	
姓名：_____ 關係：_____	
地址：_____ 城市、州、郵編：_____	
電話：(_____) _____	
*受撫養人是指未成年人或任何在其他人的聯邦納稅申報表上被列為受撫養人的人員。	

在下方部分中列出與獲得的服務有關的所有保險承保			
保險類型	保險名稱	保單號	組號
健康保險			
Medicare			
Medicare 補充保險			
Medicaid			
退伍軍人福利			
<p>每月收入和支出</p> <p>附上以下文件作為收入證明：</p> <p>A. 最近的聯邦納稅申報表 B. 最近的 W-2 表和 1099 表 C. 兩 (2) 份最近的工資單 D. 如果現金付薪，如果沒有納稅申報表或 W-2，則提供雇主的書面收入證明 E. 未提交證明 (美國國稅局 (IRS) 表 4506)</p>			
**	患者	配偶/伴侶	父母/監護人
每月總工資			
個體經營收入			
社會保障			
殘障人社會保障			
私人殘疾保險			
退伍軍人殘疾保險			
退伍軍人撫恤金			
失業保險			
工傷賠償			
退休收入			
子女撫養費			
贍養費或其他配偶贍養費			
貧困家庭臨時救助 (TANF)			
其他，請列出			
支出	每月支出		
住房			
公用事業 (即電話費、煤氣費、電費、水費)			
食品			
兒童保育			
交通運輸			
醫療費			
其他支出			
**如果您申請的是僅與門診服務相關的援助，則上表是可選的。			
<p><b>密蘇里州健康網、Medicaid 或醫療保險市場申請確認書</b></p> <p>如果您已經申請了密蘇里州健康網、Medicaid 或醫療保險市場並且尚未收到您的決定，請在下方注明申請日期和申請所在縣。如果您隨您的申請一起發送拒絕信，請忽略。</p>			
申請日期	申請所在縣		
附上關於財務狀況的其他相關資訊			
<p>證明：我證明，據我所知本申請中的資訊是真實無誤的。我將申請我可能有資格獲取的任何州、聯邦或當地的援助，以幫助支付此醫院帳單。我瞭解，所提供的資訊可能會由 CoxHealth 進行核查，我授權他們與第三方聯絡以核查本申請中提供的資訊的準確性。我瞭解，如果我故意在本申請中提供不實資訊，則我將沒有資格獲得經濟援助，任何授予我的經濟援助都可能被撤銷，並且我將負責支付帳單。</p>			
患者/責任方簽名：	日期：		