

保密经济援助申请

适用于由 MercyOne Genesis 机构和医生提供的医院和专业服务

请填写并签署申请表，并在 10 天内连同以下材料的复印件一并寄回：

所需证明

- 过去一个月的总收入证明
 - 过去两个月所有银行账户的完整银行对账单，包括所有页面（对定期存款的说明）
 - 最近的报税表（1040 表格及附表 C、E 或 F）或三个月的损益表（自营职业者/受抚养人）
- 如适用，请提供以下材料
- 最近的季节性收入
 - 失业救济金/拒绝函
 - 儿童抚养收入/赡养费
 - 无收入 - 填写申请表中的“资助信”部分

患者信息

患者姓名		出生日期	
社会保障号/ EIN（可选）	移动电话	其他电话	
通信地址	城市	州	邮政编码
电子邮件地址	您是哪个州的居民		
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
您是否提交联邦报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“否”，为什么		您能否在其他人的报税表中被列为受抚养人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您或您的受抚养人在接受服务时是否有医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（请提供保险卡复印件）			
您是有合法证件的美国居民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不愿回答			
根据您最近的纳税申报表，包括您本人在内的家庭成员	出生日期	与患者的关系	是否在报税表中申报（是/否）

保密经济援助申请

适用于由 MercyOne Genesis 机构和医生提供的医院和专业服务

所有家庭成员的收入证明					
月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)	月收入来源	由谁领取?	月总收入 (税前)
工资			工伤赔偿		
社会保障/残疾			失业		
养老金			子女抚养费/赡养费		
自营职业			地产出租收入		
公共援助			其他 [
资助信 - 仅应由资助者填写					
<input type="checkbox"/> 我为患者提供 50% 以上的生活费用，但我无法帮助支付医疗账单。 <input type="checkbox"/> 通过签署此信函，本人确认上述声明正确无误，并且本人绝不承担患者的账单费用。如有疑问，请与我联系： _____ (电话号码)					
资助者姓名				与患者的关系	
资助者签名				日期	

收入和身份核实

我确认，据我所知，本申请表中所列的信息均真实和完整。我理解，提供的信息需要核实。如果上述信息以虚假借口提供，我将负责偿付在MercyOne Genesis 关联机构提供的任何服务。

患者签名： _____ 日期： _____

或法定监护人签名（如适用）： _____ 日期： _____

与患者的关系： _____ 日期： _____



保密经济援助申请

适用于由 MercyOne Genesis 机构和医生提供的医院和专业服务

请将您的申请邮寄至以下地址或传真至**563-421-3608**。如果您有任何疑问，请致电**563-421-2233**。

MercyOne Genesis Davenport West Medical Center
Patient Financial Services, Suite 2600
1401 West Central Park Avenue
Davenport, IA 52803

如果您的医疗保健服务是在伊利诺伊州接受的，则对经济援助申请流程或未投保折扣的担忧或投诉可以报告给伊利诺伊州总检察长医疗保健局 **1-877-305-5145** / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>