

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine
财务援助申请

请填写所附表格，并连同下列文件一并交回。

包括表格:

财务援助申请（随附）

包括文件:

1. 上一年纳税申报表的复印件。（如已婚且分别报税，请提供两份申报表的复印件）。
2. 最近三 (3) 份工资单的复印件、雇主证明信或失业证明。
1. 领取社会保障证明的复印件（如适用）
2. 医疗援助或社会保障部门资格认定函的复印件。
3. 申请中记录的每月生活费用的证明，如电话费账单、BG&E 账单或租金/抵押付款证明的复印件。
4. 未付医疗费用的复印件。
5. 所有医疗保险卡的复印件。
6. 居住证明，如身份证、驾照、出生证明或合法永久居留身份（绿卡）。

请将资料邮寄至： 收件人：
REIMBURSEMENT DEPARTMENT
5901-A HOLABIRD AVENUE
BALTIMORE, MD 21224

FINANCE



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

财务援助申请

关于您的信息

姓名: _____
名字 中间名 姓氏

社会保障号码 _____ - ____ - ____ 婚姻状况: 单身 已婚 离异

美国公民 是 否 永久居民: 是 否

家庭地址: _____ 电话 _____

城市 州 邮编 国家

雇主姓名: _____ 电话 _____

工作地址: _____

城市 州 邮编

家庭成员:

	本人	
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	年龄 _____	关系 _____

您是否申请了医疗援助 是 否

如回答是, 您申请的日期是哪一天? _____

如回答是, 那么对您的资格认定是什么? _____

您是否接受任何形式的州或县援助? 是 否

I. 家庭收入

列出您每月从各种渠道获得的收入。可能要求您提供收入、资产和开支证明。如果您没有收入, 请提供为您提供食宿之人出具的信函。

	每月金额
就业	_____
退休/养老金福利	_____
社会保障福利	_____
公共援助福利	_____
残疾福利	_____
失业福利	_____
退伍军人福利	_____
赡养费	_____
出租物业收入	_____
罢工福利	_____
军人福利	_____
农场或自雇 其他收入来源	_____
	总计 _____

II. 流动资产

	当前余额
支票账户	_____
储蓄账户	_____
股票、债券、存款单或货币市场	_____
其他账户	_____
	总计 _____

III. 其他资产

如果您拥有以下任何一项，请列出类型和估计价值。

住宅	贷款余额 _____	估计价值 _____
汽车	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____
其他车辆	品牌 _____ 年份 _____	估计价值 _____
其他财产		估计价值 _____
		总计 _____

IV. 每月开支

租金或按揭贷款	金额	_____
水电煤气费		_____
汽车贷款		_____
信用卡		_____
汽车保险		_____
健康保险		_____
其他医疗开支		_____
其他开支		_____
您是否还有其他未付医药费？	是 否	
因何服务产生？	_____	
您是否安排了还款计划？每月还款多少？	_____	

关于医疗财务困难援助资格：

申请日期前十二 (12) 个日历月的家庭收入： _____

在本申请日期前十二 (12) 个日历月在 Johns Hopkins 发生的医疗债务（不包括共同保险、共付额或免赔额）：

服务日期	所欠金额
_____	_____
_____	_____
_____	_____

关于推定财务援助资格：

1. 患者多大年龄? _____
2. 患者是否怀孕? 是或否
3. 患者家中是否有 21 岁以下的子女? 是或否
4. 患者是否失明或可能因有酬工作而丧失能力 12 个月
或更长时间? 是或否
5. 患者目前是否领取补充社会安全金 (SSI) 或社会保障残疾保险 (SSDI) 福利? 是或否
6. 患者 (以及已婚配偶) 的银行账户总额或可兑换为现金的资产
是否不超过以下金额? 是或否
- 家庭人数:**
 一个人: \$2,500.00
 两个人: \$3,000.00
 每增加一名家庭成员, 增加 \$100.00
 (例如: 对于一个四口之家来说, 如果您的总流动资产少于 \$3,200.00,
 您应回答“是”。)
7. 患者是否为马里兰州居民? 是或否
 如果患者不是马里兰州居民, 其住在哪个州? _____
8. 患者是否无家可归? 是或否
9. 患者是否参加 WIC? 是或否
10. 家庭是否有孩子参加免费或减价午餐计划? 是或否
11. 家庭是否参加低收入能源援助计划? 是或否
12. 患者是否领取 补充营养援助计划 (SNAP)/食品券? 是或否
13. 患者是否参保了 Healthy Howard、Chase Brexton? 是或否
14. 患者是否被 Catholic Charities、Mobile Med、Montg Co Cancer Crusade、
 Primary Care Coalition、Montgomery Cares、Project Access 或 Proyecto Salud 转介到 SH? 是或否
15. 患者目前是否有:
 仅医疗援助药房 是或否
 QMB/SMLB 是或否
16. 患者是否有工作? 是或否
 如没有, 失业日期是哪一天。 _____
 是否符合 COBRA 健康保险承保的资格? 是或否

提交的所有文件均为本申请的组成部分。

如果您申请获得额外附加财务援助, JHM 可能会要求您提供额外信息, 以便做出补充决定。签署此表格即表明, 您证明所提供的信息属实, 并同意在提供的信息发生任何变化后十天内通知 JHM。据我所知所信, 申请表上所提供的信息均真实准确。

 申请人签名

 日期

 与患者的关系