



## 需要的文件检查清单

请为申请人及配偶/伴侣提供所有适用文件的复印件。

- 所有 18 岁 以上的被抚养人连续 2 个月的薪水单。
- 上一年或上几年的完整报税表。
- 失业救济给付通知。
- 社会安全金收入通知函。
- 2 个月的自雇公司总账及详细的公司银行账户报表。

*NJH 保留在计算自雇收入时审阅每月生活费用的权利。*

- 支票及存款账户详细的银行报表。
- 所有家庭成员的出生证，包括非美国出生者的合法居住/公民身份证据。
- 结婚/离婚的证明或证件。
- 申请日之前 12 个月内已支付的医疗/牙科费用的收据。
- 医疗费用的分期付款计划协议/对账单。
- 如果适用，需提供 Medicaid 的被拒函。
- 关于其他资产价值的证明文件。
- 关于资产/流动资产的证明文件（货币市场账户、定存、IRA 退休账户、投资账户等）。

- 即使您申请财务援助，我们也无法保证您一定有资格获得财务援助。
- 您递交申请后，我们可能会确认所有信息并且可能索取更多的信息。
- 在我们收到您完整的申请表及所有必需的证明资料后的 15-20 天内，我们会通知您，告诉您是否有资格获得财务援助。
- 如果我们从申请日起 30 天内没有收到必需的证明资料，您的申请将自动被拒，通知将寄给负责付款方。
- 申请人从第一份账单开始最多有 240 天的时间提出请求重新考虑未完整递交的申请。所有必需的文件资料必须按最新的信息重新递交。
- 我们要求所有申请人申请他们有可能符合资格参加的所有州、联邦或地方援助计划来帮助支付任何医院/医疗服务账单。

申请协议：我保证这份申请表中的所有信息据我所知都真实无误。我了解 National Jewish Health 可能会核查申请表中提供的信息，并且授权 National Jewish Health 联系第三方来确认信息的准确性，包括为处理申请而查阅申请人的信用报告历史。我了解，如果我在此申请中故意提供不实信息，我将失去获得财务援助的资格，任何我已经得到的财务援助会被取消和追回，而且我将必须支付账单中的所有费用。我了解 National Jewish Health 有权索回费用。这表示如果发现我在有资格获得 National Jewish Health 财务援助期间对因任何治疗而可获得给付的福利有索赔要求，National Jewish Health 有权参与索赔流程。

---

申请人签名

---

日期

# National Jewish Health 财务援助计划

## 最后评分

仅限官方使用:

资源总额	\$
家庭人数扣减 (每一名合格者扣减 \$2500.00)	\$
资源中的净值	\$
总体家庭财务状况	\$
允许的扣减	\$
家庭财务净状况	\$
总额	\$

支付能力比例 \_\_\_\_\_

客户共付额上限 \_\_\_\_\_

自: \_\_\_\_\_ 起, 到: \_\_\_\_\_ 为止有效

我了解, 如果收入或家庭人数发生有可能影响这份申请比例的变化, 我有责任通知 National Jewish Health。如果我不这么做, 会导致这份申请失效。

我了解我有 15 天的时间对这个比例提出上诉。

\_\_\_\_\_  
正楷书写申请人姓名

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

正楷书写资格审查技术员的姓名 \_\_\_\_\_

资格审查技术员的签名及日期 \_\_\_\_\_

## National Jewish Health 财务援助计划

### 计算工作表 1: 受雇收入及消极收入 (仅限办公室填写)

收入来源	金额
工作收入	\$
长者年金 (OAP) / 残废困难户补助金 (AND)	\$
SSI (社会安全补充收入)	\$
投资给付款及退休计划/年金计划 来源: _____ 来源: _____ 来源: _____ 来源: _____	\$
佣金、红利、馈赠及小费	\$
收到的赡养费	\$
净租金收入	\$
现金收益	\$
信托账户资金	\$
和解金	\$
其他收入: (伤残保险、短期/长期残废保险、失业救济金等) 来源: _____ 来源: _____ 来源: _____ 来源: _____	\$
<b>总额</b>	<b>\$</b>
<b>总额 (每月金额) \$ _____ x 12 = 年收入</b>	<b>\$</b>

流动资产/资产	金额
投资账户: 总值 (定存、投资、货币市场、终身人寿保险、IRA 退休账户等)。	\$
存款/支票账户	\$
产业价值/净值	\$
其他:	\$
<b>总额</b>	<b>\$</b>
<b>总额 (每月金额) \$ _____ x 12 = 年收入</b>	<b>\$</b>

正楷书写财务顾问姓名

财务顾问签名

日期

## National Jewish Health 财务援助计划

### 计算工作表 2: 自雇净收入 (仅限办公室填写)

职业头衔/公司类型: \_\_\_\_\_

营业额 每年

公司总存款额	\$ _____
--------	----------

支出 每月

企业保险	\$ _____
劳务费/薪资	\$ _____
商品/库存批发成本	\$ _____
业务空间租赁费	\$ _____
企业房地产贷款利息	\$ _____
公司及所得税	\$ _____
设备维护保养	\$ _____
公用事业 (水、电、煤等) 电费 \$ _____ 电话/数据 \$ _____ 采暖 \$ _____	\$ _____
设备	\$ _____
消耗品	\$ _____
专业服务	\$ _____
教育、执照及证书费	\$ _____
因公旅行	\$ _____
其他:	\$ _____
<b>总支出:</b>	<b>\$ _____</b>
<b>总净利 (\$ _____ x 12 = 年度总额)</b>	<b>\$ _____</b>

正楷书写财务顾问姓名

财务顾问签名

日期

## National Jewish Health 财务援助计划

### 计算工作表 3: 允许的扣减 (仅限办公室填写)

扣减额

每月

托儿服务/日托/幼儿园	\$
法庭命令提供的赡养费/年金	\$
法庭命令提供的子女抚养费	\$
健康保险保费	\$
耆老看护	\$
已付医疗费	
服务提供者: _____ 付款日期: _____ 金额: \$ _____	
服务提供者: _____ 付款日期: _____ 金额: \$ _____	
服务提供者: _____ 付款日期: _____ 金额: \$ _____	
服务提供者: _____ 付款日期: _____ 金额: \$ _____	
服务提供者: _____ 付款日期: _____ 金额: \$ _____	\$
有文件记录的每月分期付款计划: (未结余额总金额)	\$
每月处方开支	\$
<b>总额</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_ 正楷书写财务顾问姓名

\_\_\_\_\_ 财务顾问签名

\_\_\_\_\_ 日期