

### 经济援助申请 (FAA)

#### 患者人口统计资料

患者姓名：姓氏、名字、中间名	社会保障号码（如有）	出生日期	账号 服务地点
担保人姓名：姓氏、名字、中间名	社会保障号码（如有）	出生日期	与患者的关系
患者 / 担保人地址	居住郡	家庭电话号码	备用电话号码
市	州	邮政编码	是否为房主？ 是 否
您是否已申请 Medicaid 或任何其他州 / 郡援助？（圈选一项） 是 否			
如是，请提供以下信息：			
申请日期：申请情况：			
社会工作者姓名：社会工作者电话号码：			

#### 家庭信息

婚姻状况：已婚	单身	分居	离婚	丧偶
受抚养人姓名	关系	出生日期		

#### 工作 / 家庭收入和开支

患者 / 担保人雇主姓名	每月总收入：美元	提供证明
如果收入为 0，请解释。		提供文件
配偶雇主姓名	每月总收入：美元	提供证明
如果收入为 0，请解释。		提供文件
其他收入来源：	每月总收入：美元	提供证明
<b>NHSC 申请无需费用</b>		
家庭每月开支	每月总开支：美元	

**重要提示：** 为获得援助资格，至少需要提交一份证明家庭收入的支持文件。支持文件可以包括但不限于，最近一年的纳税申报表、最新的 W-2、最新的 1 个月工资单、经签署的支持信等。

**请在申请表上签署姓名及日期之前阅读下列信息**

请注意，您的签名表示您同意附上收入证明。

- 本人保证，尽本人所知，本人所提供的信息均为真实准确。
- 本人将独自或在医院工作人员的协助下申请可能通过联邦、州、当地政府及私人渠道提供的任何及所有援助，以帮助支付该医疗账单。
- 本人明白，如果本人不配合本人的医疗保健提供者提供所需的信息，本人的经济援助申请可能会被拒绝。
- 本人明白，本人所提交的信息须经本人的医疗保健提供者证明，包括信用报告机构，并须按要求接受联邦及 / 或州机构和其他机构审查。
- 本人明白，为获得援助资格，可能需要提供额外信息。

签名（申请人 / 担保人）	日期
---------------	----

**将已填写的申请和文件交还至：**

**Financial Assistance Center  
PO Box 650953  
Dallas, TX 75265-0953**

**Phone: (855) 715-4379**

**Email: [CHIFA@coniferhealth.com](mailto:CHIFA@coniferhealth.com)**