



经济援助申请

电话：417-269-0523 斯普林菲尔德或 417-348-8930 布兰森或 417-354-1118 莫内特 417-681-5100

电子邮件：住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com

重要：您可能有资格获得折扣护理。完成此申请将有助于 CoxHealth 确定您是否可以获得折扣服务或是否有资格获得其他可帮助支付您的医疗保健的公共计划。

如果您没有保险，则不需要提供社会安全号码以获得折扣护理的资格。但是，一些公共计划（包括 Medicaid）则需要社会安全号码。虽不需要提供社会安全号码，但将有助于医院确定您是否有资格加入任何公共计划。

请填写此表并亲自或通过邮件将该表提交给医院：

CoxHealth 收件人：财务顾问 1423 N. Jefferson Ave. Springfield, MO 65802 传真 417-269-0518	Cox Medical Center Branson (Cox 布兰森医疗中心) 收件人：财务顾问 邮政信箱 650 Branson, MO 65615 传真 417-335-7071	Cox Monett Hospital (Cox 莫内特医院) 收件人：财务顾问 801 N. Lincoln Ave. Monett, Mo 65708 传真 417-354-1185	Cox Barton County Hospital 收件人：财务顾问 29 NW 1 st Lane Lamar, MO 64759 传真 417-681-5266
---	--	---	--

或者发送电子邮件至住院部 - FinancialAssistanceApplications@CoxHealth.com，以便在收到最初的账单之日后的 240 天内申请折扣护理。患者承认他或她已尽力提供申请中要求的所有信息，以协助医院确定该患者是否有资格获得经济援助。

患者信息	
患者姓名	出生日期 患者社会安全号码 (可选且非必需提供的)
患者	负责账单的人员
在获得服务期间是密苏里州的居民？ 是 ___ 否 ___	姓名
街道	街道
城市、州、邮编	城市、州、邮编
电话：()	电话：()
电子邮件：	电子邮件：
就业信息	
患者的雇主	配偶/伴侣/监护人的雇主
街道	街道
城市、州、邮编	城市、州、邮编
电话：()	电话：()
其他信息	
1. 患者是否遭遇了导致需要服务的事故？	是 ___ 否 ___
2. 患者是否是导致需要服务的犯罪受害者？	是 ___ 否 ___
3. 患者家属和/或家庭中的人数？	
4. 患者的受抚养人*的人数？	
5. 患者的受抚养人*的年龄是多少？	
6. 在获得服务期间或之后，患者是否离婚或分居或涉入婚姻解除程序？	是 ___ 否 ___
7. 在获得服务期间或之后，患者是否是离婚或分居或涉入婚姻解除程序的父母一方的受抚养人？	是 ___ 否 ___
8. 如果问题 6 或 7 的回答为是，那么根据离婚或分居协议或命令，谁负责患者的医疗护理？	
姓名：_____ 关系：_____	
地址：_____ 城市、州、邮编：_____	
电话：(_____)_____	
*受抚养人是指未成年人或任何在其他人的联邦纳税申报表上被列为受抚养人的人员。	

在下方部分中列出与获得的服务有关的所有保险承保			
保险类型	保险名称	保单号	组号
健康保险			
Medicare			
Medicare 补充保险			
Medicaid			
退伍军人福利			
<p>每月收入和支出 附上以下文件作为收入证明：</p> <p>A. 最近的联邦纳税申报表 B. 最近的 W-2 表和 1099 表 C. 两 (2) 份最近的工资单 D. 当现金付薪时，如果没有纳税申报表或 W-2，则提供雇主的书面收入证明 E. 未提交证明 (美国国税局 (IRS) 表 4506)</p>			
**	患者	配偶/伴侣	父母/监护人
每月总工资			
个体经营收入			
社会保障			
残障人社会保障			
私人残疾保险			
退伍军人残疾保险			
退伍军人抚恤金			
失业保险			
工伤赔偿			
退休收入			
子女抚养费			
赡养费或其他配偶赡养费			
贫困家庭临时救助 (TANF)			
其他，请列出			
支出	每月支出		
住房			
公用事业 (即电话费、煤气费、电费、水费)			
食品			
儿童保育			
交通运输			
医疗费			
其他支出			
**如果您申请的是仅与门诊服务相关的援助，则上表是可选的。			
<p>密苏里州健康网、Medicaid 或医疗保险市场申请确认书</p> <p>如果您已经申请了密苏里州健康网、Medicaid 或医疗保险市场并且尚未收到您的决定，请在下方注明申请日期和申请所在县。如果您随您的申请一起发送拒绝信，请忽略。</p>			
申请日期	申请所在县		
附上关于财务状况的其他相关信息			
<p>证明：我证明，据我所知本申请中的信息是真实无误的。我将申请我可能有资格获取的任何州、联邦或当地的援助，以帮助支付此医院账单。我了解，所提供的信息可能会由 CoxHealth 进行核查，我授权他们与第三方联系以核查本申请中提供的信息的准确性。我了解，如果我故意在本申请中提供不实信息，则我将没有资格获得经济援助，任何授予我的经济援助都可能被撤销，并且我将负责支付账单。</p>			
患者/责任方签名：	日期：		