

科罗拉多州和蒙大拿州医疗机构财务援助申请

申请信息请提交至：
 邮寄地址：500 El Dorado Blvd Ste 4300
 Broomfield, Co 80021
 传真：303-272-0931
 电子邮件：Peaks_financialassistanceapps@imail.org

表格填写说明：

请务必完整填写此表格，并将所有必要文件提交至为您提供服务的 Intermountain 医疗机构，或通过上述联系方式之一提交申请。未完成申请程序的申请人将无法获得财务援助。

请提交下列文件：

1. 完整填写、签署和标注日期的财务援助申请表。
2. 当前家庭收入验证（详细见下文）。

您是否为科罗拉多州居民？ 当前家庭规模 是否面临无家可归的情况？
 是_____ 否_____ 是_____ 否_____

姓名_____ 社会安全号码_____ 出生日期_____

婚姻状况：_____ 家庭电话号码_____ 手机号码_____

地址_____ 城市_____ 州_____ 邮编_____

工作单位_____ 工作电话号码_____

您在当前工作单位任职时长有多久？ _____年_____月

工资支付频率（请说明） 每周_____ 每两周_____ 每月两次_____ 每月_____

配偶姓名_____ 配偶社会安全号码_____ 配偶出生日期_____

配偶家庭电话号码_____ 配偶手机号码_____

配偶工作单位_____ 工作电话号码_____

您在当前工作单位任职时长有多久？ _____年_____月

工资支付频率（请说明） 每周_____ 每两周_____ 每月两次_____ 每月_____

其他家庭成员/受抚养人。请在单独的表格上添加任何额外的受抚养人。

姓名	出生日期	社会安全号码	与申请人的关系

当前家庭月收入

类型	申请人金额	配偶金额	其他成年人金额 家庭成员	要求的收入验证类型
工作收入（总收入）	\$	\$	\$	提供最近的工资单或雇主提供的上个月或本月总收入的证明信
自雇收入（总收入）	\$	\$	\$	提供上个月或本月的损益表或账簿。如适用，请提供最近的税务申报表。
养老金、退休金、社保收入等	\$	\$	\$	提供当前的发放函、养老金支付凭证、退休账户支付凭证等，需显示每月收入。
失业金、残障福利等	\$	\$	\$	提供当前的发放函
其他（请列举来源）： _____	\$	\$	\$	例如：小费，奖金和佣金

其他问题：回答这些问题将有助于提升您的申请处理速度。	是	否
家中是否有人怀孕？	<input type="checkbox"/> 怀孕者与您的关系是什么？ 预产期是什么时候？ _____	<input type="checkbox"/>
您是否为居住在家庭之外但被计入家庭规模的成员提供 50% 或更多的经济支持（居住于其他州或国家的个人）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您或家庭成员是否享受公共福利？（如食品券、妇幼保健计划或免费或减免的午餐）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
您或家庭成员目前是否有医疗保险？	<input type="checkbox"/> 若有，请列出保险公司名称 _____ _____	<input type="checkbox"/>
您或家庭成员是否曾申请过医疗补助、医疗保险或儿童健康计划+？	<input type="checkbox"/> 若有，请列出申请日期 _____ _____	<input type="checkbox"/>
您或家庭成员的本机构医疗账单是否与车祸或工作相关？	<input type="checkbox"/> 若是，请列出保险公司 _____	<input type="checkbox"/>
您是否参与了医疗健康共享或成本分摊计划？	<input type="checkbox"/> 若是，请提供分摊的详细说明 (EOS) _____	<input type="checkbox"/>

我在此声明，本人提供的**所有信息均真实无误**。我了解 **Intermountain Health** 在做出任何决定之前需要进行收入验证。

申请人签名 _____ 日期 _____

完成申请程序所需的所有必要信息清单：

- 完整填写、签署和标注日期的财务援助申请表。
- 家庭收入验证。