

### 经济援助申请

请选择服务地点（请勾选所有适用项）

- Central Vermont Medical Center   
  Porter Medical Center   
  UVM Medical Center

### 户主/经济担保人信息

户主

出生日期	社会安全号码	婚姻状况	电话号码

地址	城市	州	邮政编码

### 家庭成员

请列出与您同住的所有家庭成员，包括同居伴侣。同居伴侣是指与您同住且处于稳定关系的人士。室友不属于伴侣。

姓名	出生日期	社会安全号码	关系

### 其他信息

您是否有健康保险保障？如果是，请提供以下信息：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保险公司名称： 您是否申请过佛蒙特州或纽约州的 Medicaid 保障？	ID： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否申请过佛蒙特州或纽约州 Health Exchange 的保险？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否在佛蒙特州居住、工作或上学？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 每月支出

我们通过这些信息以便更好地了解您的财务状况

租金或抵押贷款	\$:	药物	\$:
房产税	\$:	健康保险	\$:
公用事业费用 (水/电)	\$:	医疗账单	\$:
汽车 (车贷)	\$:	保险 (汽车/房产)	\$:
儿童保育	\$:	赡养费/子女抚养费	\$:
生活费 (食物/汽油)	\$:	其他	\$:

背面继续

## 就业情况

	户主/经济担保人	配偶/同居伴侣
雇主或圈选以下选项： (退休/学生/失业)		

## 月收入

工资总额	\$:	\$:
自雇收入	\$:	\$:
社会保障金	\$:	\$:
养老金/退休金分配	\$:	\$:
残障补助金 (不包括 VA 残疾补偿金)	\$:	\$:
失业救济金	\$:	\$:
租金收入	\$:	\$:
股息收入	\$:	\$:
其他收入:	\$:	\$:

## 流动资产

现金/储蓄/投资

	户主/经济担保人	配偶/同居伴侣
支票	\$:	\$:
储蓄	\$:	\$:
存款证	\$:	\$:
股票/共同基金	\$:	\$:
债券	\$:	\$:
年金 (如果具有流动性)	\$:	\$:
货币市场	\$:	\$:
信托账户 (如果具有流动性)	\$:	\$:
其他:	\$:	\$:

## 其他财产

(不包括您的主要住房)

	价值	抵押贷款余额
度假房产/第二套住房	\$:	\$:
土地	\$:	\$:
租赁房产	\$:	\$:

如有您希望我们了解的关于您当前财务状况的任何其他信息，请告知。例如，在支付账单、房租或食物费用方面存在困难。

请在下一页进行补充，然后签署申请表。

## 文件清单

请将填写完整的申请表连同证明文件一并送至为您提供医疗服务的医院的经济援助计划处。援助资格认定取决于一系列标准，包括收入和资产测试。为确保正常处理您的申请，请提供下列适用文件，以证明您的财务需求。

### 收入：

- 最近的联邦所得税申报表
- 如无联邦所得税申报表，您可以提交以下替代文件：
  - 受雇/自雇：
    - 最近的两份连续的收入报表（工资单）
    - 雇主出具的书面收入证明（如果以现金支付）
    - 外来务工人员的书面确认函
    - Open-Door Clinic 的书面证明文件
  - 社会保障金：当前年度福利证明函 - 或 - 最近的 1099-SSA 表格
  - 养老金/退休金分配：当前年度福利报表 - 或 - 最近的 1099-R 表格
  - 失业：当前年度福利报表
  - 租金收入：年初至今的损益表（如果资产中未包含房产）
  - 公共援助文件（例如，Medicaid、食品券等）

### 流动资产：

- 您所用金融机构的当前对账单，包括：
  - 支票和储蓄账户
  - 存款证 (CD)
  - 股票/共同基金/债券/货币市场
  - 年金（如果具有流动性）
  - 出租房产（如果您的联邦所得税申报表中未包含租金收入）

## 请仔细阅读

本人向 University of Vermont Health Network 佛蒙特州合作伙伴申请经济援助。本人确认，本人提供的信息均准确且完整。本人允许 University of Vermont Health Network 核验相关信息，并与其附属服务提供者交流有关我的账户、申请和支持性文件的信息。如有任何信息不正确、不完整或失实，均可能导致我的经济援助申请无效。如果本人就本经济援助申请所涵盖的医疗服务获得了任何形式的付款，本人同意全额偿还经济援助补助。根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 联邦法规的规定，所有提供的信息都将进行保密处理。

户主/经济担保人签名	日期

请将填写完整的申请表寄至以下地址。请确保随申请表一并提交了所要求的文件。

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401