



Carolinas HealthCare System

卡羅來納醫療系統

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

保險包括援助與經濟援助申請

Account# 帳戶號碼	
Date(s) of Service 服務日期	

The purpose of this form is to provide the Financial Counseling Department with the information required to determine the patient's eligibility for financial assistance with their CHS hospital bill(s). To ensure a complete and thorough evaluation, please complete this form in its entirety. 填寫此表格目的是給病人提供金融諮詢服務部以確定他們的 CHS 醫院賬單的財政援助的資格所需的信息。要確保填寫此表的獲得完整和深入的評估。

Patient Demographics 病人的人口統計					
Patient's Full Name 患者的全名		Date of Birth 出生日期	Social Security# 社會安全號碼		Marital Status 婚姻狀況
Physical Address 實際地址		City, State and Zip Code 市, 州和郵編		Months/Yrs at This Address 月/年在這個地址	County 縣
If the address where you live is different from your mailing address, please complete the 'mailing address' information below 如果您所居住的地址是您的郵寄地址不同, 請在下面填寫“郵寄地址”信息					
Mailing Address 郵寄地址		City, State and Zip Code 市, 州和郵編		Months/Yrs at This Address 月/年在這個地址	County 縣
Home Phone# 家庭電話號碼	Mobile Phone# 手機號碼	Emergency Contact Name 緊急聯繫人姓名			Phone# 電話號碼
City and State of Birth 城市和出生州		Citizenship Status 公民身份		Lived in U.S. Since 住在美國自從	Copies of Your Documents? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 不是 你的文件的副本?

Health Insurance Information 健康保險信息				
Provider - Primary Coverage 保險公司-主要投保人	Policy Holder Name 保單持有人姓名	Policy# 保單政策號碼	Group# 組號	Effective Date 生效日期
Provider - Secondary Coverage 保險公司-輔助保險	Policy Holder Name 保單持有人姓名	Policy# 保單政策號碼	Group# 組號	Effective Date 生效日期

Please list all household members below 請在下面列出所有家庭成員						
Name 姓名	Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地	SSN# 社會安全號碼	Relation to Patient 與病人關係	Sex 性別	Race 種族
1						
2						
3						

Please list all household members below (continued from page 1)

請在下面列出所有家庭成員 (接第 1 頁)

Name 姓名	Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地	SSN# 社會安全號碼	Relation to Patient 與病人關係	Sex 性別	Race Raza 種族
4						
5						
6						
7						

If there are more than 7 members of the household, please list in the 'notes' section on page 6 of this form

如果有住戶超過 7 人以上, 請在這個表格第 6 頁的“注意事項”一節列出

Education, Employment and Military Background 教育, 就業和軍方背景		Patient (mother if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人母親)	Spouse (father if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人父親)
Education 教育	Highest Grade Completed in School 已完成的最高等級的學校		
	Technical Skills 技術能力		
Current Employment 目前的就業	Currently Unemployed (check box if yes) 目前失業 (如果是, 請選框)	Fill-out 'past employment' section <input type="checkbox"/> 填寫出“過去的就業”章節	Fill-out 'past employment' section <input type="checkbox"/> 填寫出“過去的就業”章節
	Company Name and Address 公司名稱和地址		
	Job Title / Type of Work Performed 職位名稱/所做工作類型		
	Work Phone# 工作電話號碼		
	Boss/Supervisor's Name 老板/上司的姓名		
	Dates of Employment 就業日期		
	Income and Pay Structure 收入和工資結構	___ hrs/wk 小時/週 \$ ___/hr /小時 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____	___ hrs/wk 小時/週 \$ ___/hr /小時 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____
Past Employment 過去的工作	Company Name and Address 公司名稱和地址		
	Job Title / Type of Work Performed 職位名稱/所做工作類型		
	Dates of Employment 就業日期		
	Income and Pay Structure 收入和工資結構	___ hrs/wk 小時/週 \$ ___/hr /小時 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo Annual 全年 \$ _____	___ hrs/wk 小時/週 \$ ___/hr /小時 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____

COBRA	Has a member of the household lost their job within the past 60 days? 有沒有家庭成員在過去 60 天失去自己的工作?			<input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有	
	Did he/she receive a COBRA election notice? 他/她有沒有收到一個 COBRA 選舉公告?			<input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有	
	Did he/she elect COBRA coverage? 他/她有沒有選擇 COBRA 的保險?			<input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有	
	If he/she did not elect COBRA coverage, please check one: 如果他/她沒有選擇 COBRA 保險, 請選其中一個:			<input type="checkbox"/> premiums too expensive 保費太貴	
Military Service 軍事服務	Branch 部門	Dates Enlisted 入伍日期	Rank 等級	Serial# 序列號	

Insurance Information 保險信息					
Life Insurance 人壽保險	Company 公司	Policy Holder 保單持有人	Face Value 面值	Policy Type 保險政策類型	Cash Value 現金價值
Burial Insurance/Contract 埋葬保險/合同	Company 公司	Policy Holder 保單持有人	Face Value 面值	Cash Value 現金價值	Revocable? 撤銷?

Income (3 month history) 收入 (3 個月的歷史)	Patient (mother if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人母親)			Spouse (father if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人父親)		
	Last month 上個月	2 months ago 2 個月前	3 months ago 3 個月前	Last month 上個月	2 months ago 2 個月前	3 months ago 3 個月前
Wages 工資						
Pension/Retirement 養老金/退休金						
Social Security Retirement 社會保障退休金						
Social Security Disability 社會保障殘疾金						
Supplemental Security Income 補充保障收入						
VA Benefits 退伍軍人福利						
Unemployment 失業						
Child Support 子女撫養費						
Food Stamps 食品券						
Other (Workfirst, etc.) 其他(Worldfirst 等)						
Statement of Verification 驗證聲明	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? 你有工資單/驗證確認買單? <input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? 你有工資單/驗證確認買單? <input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有		

Expenses 花費	Payments for (name) 支付(姓名)	Payment Amount 支付金額	Paid to (name and address) 付至(姓名和地址)
Child Support/Care 兒童撫養/護理			
Alimony 贍養費			

Statement of Support 支持聲明	我證明, 我已經失業從 _____ 幾個月 _____ 多少年. 由於失業的結果, 我收到擁有 I certify that I have been unemployed for the last _____ <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years. As a result of being unemployed, I receive 食物, 庇護住所和從服裝從 _____ 關係 food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.
-------------------------------------	--

Property 財產	Address 地址	Ownership 所有權	Tax Value 值稅	Loan Balance 貸款餘額	Mortgage Co 房貸公司
Primary Residence 主要居所		<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Other Property 其他物業		<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Other Property 其他物業		<input type="checkbox"/> Own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Other Property 其他物業		<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			

Assets 資產	Make/Model 品牌/型號	Ownership 所有權	Tax Value 值稅	Loan Balance 貸款餘額	Bank/Lender 銀行/貸款
Automobiles 汽車	1	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
	2	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
	3	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Motorcycles 摩托車	1	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
	2	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Boats 船	1	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
	2	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
Trailers/RVs 拖車/房車	1	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			
	2	<input type="checkbox"/> own 擁有 <input type="checkbox"/> rent 租賃			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.

请将这些内容包含在本表格第 6 页的备注部分中。

Banking/Investments 銀行/投資		Institution 機構	Balance 結餘	Account# 帳戶#	Account Holder(s) 帳戶持有人(等)
Checking 支票賬戶	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint 患者 配偶 共同
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint 患者 配偶 共同
Banking/Investments (cont)		Institution 機構	Balance 結餘	Account# 帳戶#	Account Holder(s) 帳戶持有人(等)
Savings 儲蓄賬戶	1				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint 患者 配偶 共同
	2				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Joint 患者 配偶 共同
CDs 存款證					
401K / IRA					
Stocks/Bonds 股票/債券					
Other (trust fund, etc.) 其他 (信托基金等)					

Medical Bills 醫療費用	Does the patient have old medical bills within two years? 病人是否有兩年之內的老醫療費?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 是的 不是	Total Amount 總金額
------------------------------	--	---	---------------------

Acknowledgement and Signatures 確認和簽名				
<p>I hereby certify that the information provided in this Patient Financial Statement is true, accurate and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the Hospital to contact any person, firm or organization to verify any of the information given and I hereby authorize any such person, firm or organization to release to the Hospital any financial information it may request.</p> <p>我特此证明，以我的知识，这个病人的财务报表提供的信息是真实，准确和完整，。本人授权医院接触任何个人，公司或组织验证任何给定的资料和本授权任何这样的个人，公司或组织可能会提出要求释放交出到医院的任何财务信息</p>				
Signature: 簽名：	Relationship to Patient: 與病人關係		Date 日期	
Witness Signature: 見證人簽名：	Relationship to Patient: 與病人關係		Date 日期	

For Financial Counseling Personnel 給金融諮詢人員			
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview Phone Interview Mail-in	
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____ IHF Financial Assistance			Assigned to Financial Counselor (name):

郵件填寫完整的申請請郵寄至:
 CHS System Business Office
 Attention: Financial Counseling
 PO Box 32861