



Carolinas HealthCare System

卡罗来纳医疗系统

Coverage Assistance & Financial Assistance Application

保险包括援助与经济援助申请

Account# 帐户号码	
Date(s) of Service 服务日期	

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. 填写此表格目的是给病人提供金融咨询服务部以确定他们的 CHS 医院账单的财政援助的资格所需的信息。要确保填写此表的获得完整和深入的评估。

Patient Demographics 病人的人口统计				
Patient's Full Name 患者的全名		Date of Birth 出生日期	Social Security# 社会安全号码	Marital Status 婚姻状况
Physical Address 实际地址		City, State and Zip Code 市, 州和邮编号	Months/Yrs at This Address 月/年在这个地址	County 县
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邮寄地址不同, 请在下面填写“邮寄地址”信息				
Mailing Address 邮寄地址		City, State and Zip Code 市, 州和邮编号	Months/Yrs at This Address 月/年在这个地址	County 县
Home Phone# 家庭电话号码	Mobile Phone# 手机号码	Emergency Contact Name 紧急联系人姓名		Phone# 电话号码
City and State of Birth 城市和出生州		Citizenship Status 公民身份	Lived in U.S. Since 从何时起住在美国	Copies of Your Documents? <input type="checkbox"/> Yes 是的 <input type="checkbox"/> No 不是 你的文件的副本?

Health Insurance Information 健康保险信息				
Provider - Primary Coverage 保险公司-主要投保人	Policy Holder Name 保单持有人姓名	Policy# 保单政策号码	Group# 组号	Effective Date 生效日期
Provider - Secondary Coverage 保险公司-辅助保险	Policy Holder Name 保单持有人姓名	Policy# 保单政策号码	Group# 组号	Effective Date 生效日期

Please list all household members below 请在下面列出所有家庭成员						
Name 姓名	Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地	SSN# 社会安全号码	Relation to Patient 与病人关系	Sex 性别	Race 种族
1						
2						
3						

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

请在下面列出所有家庭成员 (接第 1 页)

Name 姓名	Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地	SSN# 社会安全号码	Relation to Patient 与病人关系	Sex 性别	Race Raza 种族
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

如果有住户超过 7 人以上, 请在这个表格第 6 页的“注意事项”一节列出

Education, Employment and Military Background 教育, 就业和军方背景		Patient (mother if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人母亲)	Spouse (father if patient is a minor) 配偶 (如果病人是未成年人父亲)
Education 教育	Highest Grade Completed in School 已完成的最高等级的学校		
	Technical Skills 技术能力		
Current Employment 目前的就业	Currently Unemployed (check box if yes) 目前失业 (如果是, 请选框)	Fill-out 'past employment' section <input type="checkbox"/> 填写出“过去的就业”章节	Fill-out 'past employment' section <input type="checkbox"/> 填写出“过去的就业”章节
	Company Name and Address 公司名称和地址		
	Job Title / Type of Work Performed 职位名称/所做工作类型		
	Work Phone# 工作电话号码		
	Boss/Supervisor's Name 老板/上司的姓名		
	Dates of Employment 就业日期		
	Income and Pay Structure 收入和工资结构	___ hrs/wk 小时/周 \$ ___/hr /小时 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____	___ hrs/wk 小时/周 \$ ___/hr /小时 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____
Past Employment 过去雇用	Company Name and Address 公司名称和地址		
	Job Title / Type of Work Performed 职位名称/所做工作类型		
	Dates of Employment 就业日期		
	Income and Pay Structure 收入和工资结构	___ hrs/wk 小时/周 \$ ___/hr /小时 ___ days/wk 天/周 \$ ___/day /天 Commission 佣金 \$ ___/mo /月 Annual 全年 \$ _____	___ hrs/wk 小时/周 \$ ___/hr /小时 ___ 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? 有没有家庭成员在过去 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/她有没有收到一个 COBRA 选举公告?			<input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有	
	Did he/she elect COBRA coverage? 他/她有没有选择 COBRA 的保险?			<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/她没有选举 COBRA 保险, 请选其中一个:			<input type="checkbox"/> premiums too expensive 保费太贵	
Military Service 军事服务	Branch 部门	Dates Enlisted 入伍日期	Rank 等级	Serial# 序列号	

Insurance Information 保险信息					
Life Insurance 人寿保险	Company 公司	Policy Holder 保单持有人	Face Value 面值	Policy Type 保险政策类型	Cash Value 现金价值
Burial Insurance/Contract 埋葬保险/合同	Company 公司	Policy Holder 保单持有人	Face Value 面值	Cash Value 现金价值	Revocable? 撤销?

Income (3 month history) 收入 (3 个月的历史)	Patient (mother if patient is a minor) 患者 (如果病人是未成年人母亲)			Spouse (father if patient is a minor) 配偶 (如果病人是未成年人父亲)		
	Last month 上个月	2 months ago 2 个月前	3 months ago 3 个月前	Last month 上个月	2 months ago 2 个月前	3 months ago 3 个月前
Wages 工资						
Pension/Retirement 养老金/退休金						
Social Security Retirement 社会保障退休金						
Social Security Disability 社会保障残疾金						
Supplemental Security Income 补充保障收入						
VA Benefits 退伍军人福利						
Unemployment 失业						
Child Support 子女抚养费						
Food Stamps 食品券						
Other (Workfirst, etc.) 其他 (Workfirst 等)						
Statement of Verification 验证声明	Do you have pay stubs/verification to confirm pay? 你有工资单/验证确认买单? <input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有			Do you have pay stubs/verification to confirm pay? 你有工资单/ 验证确认买单? <input type="checkbox"/> Yes 有的 <input type="checkbox"/> No 沒有		

Expenses 花费	Payments for (name) 支付(姓名)	Payment Amount 支付金额	Paid to (name and address) 付至(姓名和地址)
Child Support/Care 儿童抚养/护理			
Alimony 赡养费			

Statement of Support 支持声明	我证明, 我已经失业从 _____ 几个月 多少年. 由于失业的结果, 我收到拥有 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, 庇护住所和从服装从 _____ 关系 food, shelter and clothes from _____, relationship, _____.
-------------------------------------	--

Property 财产	Address 地址	Ownership 所有权	Tax Value 值税	Loan Balance 贷款余额	Mortgage Co 房贷公司
Primary Residence 主要居所		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Other Property 其他物业		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Other Property 其他物业		<input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Other Property 其他物业		<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			

Assets 资产	Make/Model 品牌/型号	Ownership 所有权	Tax Value 值税	Loan Balance 贷款余额	Bank/Lender 银行/贷款
Automobiles 汽车	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
	3	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Motorcycles 摩托车	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Boats 船	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
Trailers/RVs 拖车/房车	1	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			
	2	<input type="checkbox"/> own <input type="checkbox"/> rent 拥有 租赁			

If there are additional assets within the categories listed above, please include these in the notes section on page 6 of this form.
 如果有上述类别中的其他资产, 请包括这种形式的第 6 页中的这些注释部分。

Banking/Investments 银行/投资		Institution 机构	Balance 结余	Account# 帐户#	Account Holder(s) 帐户持有人(等)
Checking 支票账户	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) 支票账户 (继续)		Institution 机构	Balance 结余	Account# 帐户#	Account Holder(s) 帐户持有人 (等)
Savings 储蓄账户	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 存款证					
401K / IRA					
Stocks/Bonds 股票/债券					
Other (trust fund, etc.) 其他 (信托基金等)					

Medical Bills 医疗费用	Does the patient have old medical bills within two years? 病人是否有两年之内的老医疗费?	<input type="checkbox"/> Yes 是的	<input type="checkbox"/> No 不是	Total Amount 总金额
------------------------------	--	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------

Acknowledgement and Signatures 确认和签名				
<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: 签名 :	Relationship to Patient: 与病人关系		Date 日期	
Witness Signature: 见证人签名 :	Relationship to Patient: 与病人关系		Date 日期	

For Financial Counseling Personnel 给金融咨询人员			
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):

邮件填写完整的申请请邮寄至:
CHS System Business Office
Attention: Financial Counseling
PO Box 32861