

经济援助申请表			
请选择服务地点（请选择所有适用项）			
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center	<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
户主/财务担保人信息			
户主	出生日期	社会安全号码	婚姻状态 电话号码
地址		城市	州 邮政编码
家庭成员			
请列出在您家中居住的所有家庭成员，包括同居伴侣。同居伴侣是指处于认真持久/亲密关系而与您同居的人。			
姓名	出生日期	社会安全号码	关系
额外信息			
您是否享有任何健康保险政策的保障？如果回答“是”，请在下方提供相关信息：		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
保险公司名称：	ID 编号：		
您是否曾申请过佛蒙特州或纽约州 Medicaid?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否曾申请过佛蒙特州或纽约州 Health Exchange?		<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	
每月开支			
此信息可帮助我们深入了解您的经济状况			
租金或抵押贷款	\$ :	药物	\$ :
房产税	\$ :	医疗保险	\$ :
公用事业（水电费）	\$ :	医疗保健开支	\$ :
汽车（车辆开支）	\$ :	保险（汽车/房产）	\$ :
托儿服务	\$ :	赡养费/子女抚养费	\$ :
生活费（食物/燃气）	\$ :	其他	\$ :
如有关于您当前经济状况的其他任何信息想让我们了解，请另附纸张详述。例如难以承担各类账单、房租或食物开支。			
就业			
户主/财务担保人		配偶/同居伴侣	
雇主，或者圈选适用项：（退休/学生/失业）	\$ :	\$ :	
月收入			
总薪资	\$ :	\$ :	
自雇收入	\$ :	\$ :	
社会安全福利金	\$ :	\$ :	
养老金/退休金	\$ :	\$ :	
残疾补贴（VA 除外）	\$ :	\$ :	
失业	\$ :	\$ :	
租金收入	\$ :	\$ :	
股息收入	\$ :	\$ :	
其他收入：	\$ :	\$ :	

申请表背面续

资产		
现金/储蓄/投资		
	户主/财务担保人	配偶/同居伴侣
支票	\$ :	\$ :
储蓄	\$ :	\$ :
定期存款	\$ :	\$ :
股票/共有基金	\$ :	\$ :
债券	\$ :	\$ :
年金	\$ :	\$ :
货币市场	\$ :	\$ :
信托账户	\$ :	\$ :
其他:	\$ :	\$ :
额外房产 (不包括您的主要住所)		
	价值	抵押贷款余额
度假/第二处房产	\$ :	\$ :
土地	\$ :	\$ :
租赁物业	\$ :	\$ :
必要文件 (必须提供以处理申请)		
<b>必要收入文件 (如适用)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>最近的联邦纳税申报单</li> <li>损益表</li> <li>至少两份最近的薪资单</li> <li>社会安全福利验证函</li> <li>雇主出具的书面收入证明</li> </ul>		<b>必要资产文件 (如适用)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>银行对账单</li> <li>投资账户对账单</li> <li>债券对账单</li> <li>第二房产纳税单</li> <li>第二房产抵押贷款对账单</li> </ul>
请仔细阅读		
<p>本人请求 The University of Vermont Health Network 的佛蒙特合作伙伴提供经济援助。本人证明，本人所提供的全部信息皆准确且完整。The University of Vermont Health Network 已获得本人允许，可以继续对相关信息进行验证，并与其附属提供者交换与本人相关的账户、申请和支持文件。如果本人提供任何不实、不完整或虚假信息，可能导致本人的经济援助申请被取消。</p> <p>本人同意，如果本人收到任何足以支付本经济援助申请表所承保医疗费用的费用，本人将全额退还因该经济援助所获的款项。无论现在还是未来，The University of Vermont Health Network 均有权出于信息收集的目的而访问征信机构文件和报告。本授权基于佛蒙特州州法第 2480e 节第 9 条而授予。按照 HIPAA 联邦法案相关条款的规定，提供的所有信息均将始终保密。</p>		
户主/财务担保人签名		日期

备注/您想分享的额外信息...

请将填妥的申请表寄送至您主要接受医疗护理服务的 UVMHN 合作伙伴。请务必随附所有必要文件。

Central Vermont Medical Center  
 Financial Assistance Program  
 PO Box 547  
 Barre, VT 05641  
 传真号: 802-371-5339

Porter Medical Center  
 Patient Financial Services Dept  
 115 Porter Drive  
 Middlebury, VT 05753  
 传真号: 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
 Financial Assistance Program  
 Patient Access Department IDX 22052  
 111 Colchester Avenue  
 Burlington, VT 05401  
 传真号: 802-847-7618