



患者金融服务

经济援助申请 Financial Assistance Application - Simplified Mandarin

人口	病历/担保人 #		这次访问是否与以下方面有关 <input type="checkbox"/> 机动车事故 <input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/> 都不是		*服务日期 (如果尚未安排, 请输入“未来”)		
	*姓		*名字	中间名缩写	社会安全号码	*出生日期	
	地址			公寓#	城市	州	邮政编码
	你在这个地址住了多久了?			*你无家可归吗? <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes)		电话号码	
	*婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚伴侣			*家属 <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes)		*怀孕 <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes)	
	请添加您的家庭成员姓名, 包括您的另一半以及您家中依赖您照顾的任何人, 或者您在联邦所得税申报表上声称受抚养人的任何人 (如果您提交)。						
家庭成员姓名		出生日期	关系	家庭成员姓名		出生日期	
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			
就业和其他收入	请在下面分享家庭收入的金额和来源。包括患者和配偶的工资/薪金/收入, 如果患者是未成年人, 还包括父母。						
	*就业状况 <input type="checkbox"/> 受雇 <input type="checkbox"/> 个体经营者 <input type="checkbox"/> 未就业						
	如果受雇, 雇主名称			雇主电话号码			
	当前工作 1 工资 (税前): _____ 美元 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年						
	当前工作 2 工资 (税前): _____ 美元 <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年						
	在过去的一年里, 你有没有: <input type="checkbox"/> 换工作 <input type="checkbox"/> 停止工作 <input type="checkbox"/> 开始减少工作时间 <input type="checkbox"/> 这些都不是 如果是这样, 何时:						
	如果是个体经营者, 您能获得多少净收入 (支付业务费用后的利润)? \$ _____ <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年						
如果没有工作, 请提供以前的家庭收入来源和金额: 来源 _____ 金额 \$ _____							
其他收入来源: 社会保障/SSI 残疾 _____ 收到的赡养费/子女抚养费 \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input checked="" type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 失业救济金 _____ 政府福利 (SNAP、TANF 等) \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年 \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每 2 周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年							
资产	您的支票账户、储蓄账户、存款证和/或证券账户的总余额是多少? \$ _____						
	*您是否有任何个人退休账户 (IRA、401 (k)、403 (b)、Keogh)? <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes): 当前值为: \$ _____						
	*你有汽车吗? <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes) 如果是, 请在下面提供详细信息。						
	年	制造	型号	价值	按月付款	应付余额	
	1.			\$	\$	\$	
	2.			\$	\$	\$	
3.			\$	\$	\$		
*您是否从利息、股息或投资中获得收入? <input type="checkbox"/> 不 (No) <input type="checkbox"/> 是的 (Yes): 总金额为: \$ _____							
*你是: <input type="checkbox"/> 租房: 月付/租金 _____ 美元 <input type="checkbox"/> 拥有自己的家: 现值 _____ 美元 <input type="checkbox"/> 不要租房或拥有: 你住在哪里或和谁住在一起? _____							
我保证, 据我所知和所信, 所提供的信息是真实和正确的。我了解 Inova 将需要收入和居住证明, 并且我授权 Inova 向任何关联实体和/或第三方请求并发布完成申请流程所需的任何信息。我将申请并采取任何合理必要的行动来获得付款援助, 并将收回的金额转让或支付给 Inova。如果我提供的任何信息被证明是不真实的, 我明白医院可能会重新评估我的财务状况并采取任何适当的行动。							
申请人 (签字) (Applicant (signature)):			申请人 (打印名称) (Applicant (print name)):		日期 (Date):	时间 (Time):	

*带星号的项目为必填项。

附件 A

联邦贫困线（2024 年）

家庭人口	100%	250%	400%	500%
1	\$15,060	\$37,650	\$60,240	\$75,300
2	\$20,440	\$51,100	\$81,760	\$102,200
3	\$25,820	\$64,550	\$103,280	\$129,100
4	\$31,200	\$78,000	\$124,800	\$156,000
5	\$36,580	\$91,450	\$146,320	\$182,900
6	\$41,960	\$104,900	\$167,840	\$209,800
7	\$47,340	\$118,350	\$189,360	\$236,700
8	\$52,720	\$131,800	\$210,880	\$263,600
9	\$58,100	\$145,250	\$232,400	\$290,500
10	\$63,480	\$158,700	\$253,920	\$317,400

附录 C

经济援助所需文件清单

除了完成Inova经济援助申请外，您还需要从以下选项列表中提供您的收入和居住证明，以满足Inova的经济援助政策要求。

请注意，您的申请提交必须在第一次声明日期后的 240 天内才有资格进行审查和决定。

个人/家庭收入要求 如果配偶或伴侣与您同住，还需要他们的收入文件。 必须包含以下列表中的一（1）项：	居住要求 在Inova接受任何服务之前，需要提供30天的弗吉尼亚州居住证明。 必须包含以下列表中的一（1）项：
最近的联邦所得税申报表： <ul style="list-style-type: none"> 请提交完整的纳税申报表文件，并附上日期和签名。 在1月至4月期间，这将被不接受。应提交最近的两张工资单。 	有效的弗吉尼亚州颁发的驾驶执照或身份证、弗吉尼亚州选民登记卡、弗吉尼亚州 DMV 记录： 文件必须在送达日期前至少 30 天签发。
两张最近的工资单： 工资单必须显示扣除前的总收入、支付日期和年初至今的收入。	最近的联邦所得税申报表： 请提交完整的纳税申报表文件，并附上日期和签名。
就业证明： <ul style="list-style-type: none"> 如果没有纳税申报表或工资单，雇主可以填写此表格/信函。 下载地址：www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance 	水电费账单或银行对账单： <ul style="list-style-type: none"> 文件必须反映申请人的姓名和当前地址。 文件必须在 Inova 服务日期前至少 30 天注明日期/生成。 居住证明： <ul style="list-style-type: none"> 表格由房东/业主填写。 下载地址：www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance
支持证明： <ul style="list-style-type: none"> 该表格适用于失业并接受家人/朋友/其他人支持的患者。 表格应由帮助支持住所、食物和/或生活费用的人（家人/朋友/其他人）填写。本文件不为填写表格的人分配任何未偿还医疗债务的财务责任，该债务应由申请经济援助的患者承担。 将要求同一家庭的支持者征税，以确定患者是否被声称受抚养人。 如果最近失业，请同时提供以前工作地点的文件。 下载地址：www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance 	学校记录： <ul style="list-style-type: none"> 文件必须反映儿童姓名、学校名称和当前地址。 学校必须获得美国州、司法管辖区或领地的认可。 这可能包括成绩单、紧急护理表、信件或其他文件，可以从学校索取或从虚拟门户下载。
自我声明证明： <ul style="list-style-type: none"> 适用于临时工、移民/季节性工人、赚取小费作为收入或失业且未从家人/朋友/其他人那里获得住所、食物和/或生活费用支持的患者。 如果最近失业，请同时提供以前工作地点的文件。 下载地址：www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance 	
可能要求的其他与收入相关的文件包括（但不限于）*： 社会保障福利函、养老金、退休收入、遗属福利、失业救济金、政府援助计划、公共援助福利函、利息股息、特许权使用费、遗产/信托收入、教育/学费援助文件、赡养费/子女抚养费文件、大使馆信笺上的大使身份验证、第三方收入验证（房屋租赁、购买申请、汽车租赁、贷款申请等）、I20 表格（国际学生）、孩子的出生证明、情况证明 *请致电团队了解更多信息：571-472-5880。	可能要求的其他居留相关文件包括（但不限于）*： 租赁协议、去年内向弗吉尼亚州或弗吉尼亚州缴纳的个人财产税或房地产税收据、弗吉尼亚州教育部入学证书、移民居留证明文件、W2 *请致电团队了解更多信息：571-472-5880。

重要提示： 未能提交所需的签名和注明日期的申请以及个人/家庭收入和居住证明所需的文件将导致您的申请被**拒绝**。如果您被拒绝获得经济援助，未结余额仍将作为患者责任，您将收到应付金额的 Inova 患者账单。

请允许我们的团队在 30 天内审查并确定您是否有资格获得经济援助。在此期间，可能会要求并提交其他文件。决定函将通过挂号信发送给您和/或在Inova经济援助政策要求中定义的30天期限内MyChart中显示。

如有疑问，请致电Inova经济援助团队：571-472-5880。

如何提交已填写/签署的经济援助申请，包括收入和居住证明

MyChart

将填写完整并签署的申请以及所有必需的居住和收入文件上传到 MyChart:

在 MyChart 中登录或创建帐户: <https://mychart.inova.org/mychart>

1. 登录后，导航到主屏幕左上角的菜单。
2. 向下滚动到“**Billing**” (账单) 类别，然后选择“**Financial Assistance**” (经济援助)。
3. 完成每个屏幕并上传完整并签名的申请表，以及按照提示指定的顺序所需的收入和居住文件。
4. 上传所有文档并在每个屏幕中填写相应的字段后，单击“**Submit**” (提交)。

然后，处理团队将开始审查您的案例，并传达您的提交状态和批准或拒绝决定，或者在需要时要求提供其他文件。

邮件

将填写完整并签名的申请以及所有必需的居住和收入文件邮寄至:

Inova Patient Financial Services
收件人: Rev Cycle Financial Assistance Department
8095 Innovation Park Drive
Fairfax VA 22031
该地点不接受患者直接进入。

传真

将填写完整并签署的申请表以及所有必需的居住和收入文件传真至:

传真 #: 571-665-6895
收件人: Rev Cycle Financial Assistance Department

信件投放

将您填写完整并签署的申请以及所有必需的居住和收入文件发送至:

Inova Partnership for Healthier Communities
2700 Prosperity Ave., #280
Fairfax VA 22031
星期一至星期五上午8:30至下午5:00
(周一至周五上午 8:30 至下午 12:00 提供现场协助。)