



For Internal Business Purposes Only

Application given to patient by: Name _____ Site/Location _____ Department _____

Financial Assistance Application

Mental Health Emergency Center-Financial Assistance Program

P.O. Box 3039

Oak Brook, IL 60522-9908

我們會將填寫完的申請隨附所有必需的檔案郵寄至上述地址。請確保複印件清晰易讀。

第1部分 - 一般資訊

您的姓名 _____
名 中間名 姓 電子郵寄地址

配偶姓名 _____
名 中間名 姓 電子郵寄地址

地址 _____
編號和街道 城市 州 郵遞區號 電話號碼

您的社會保障號碼# _____ 您的出生日期 _____

配偶的社會保障號碼# _____ 配偶的出生日期 _____

核對以下1至5的所有適用項

1. ☐ 我現受雇於 _____ 工資標準/每小時工資 _____
職業/工作 _____ 入職時間 (日期) _____ 至 _____

☐ 我的配偶現受雇於 _____ 工資標準/每小時工資 _____
職業/工作 _____ 入職時間 (日期) _____ 至 _____

2. 相關保險 (勾選所有適用項) :

☐ 我的 ☐ 我的配偶

雇主提供健康保險, 我也在計畫範圍內

(請附上保險卡兩側的副本)

雇主提供健康保險, 但我沒有報名。原因 _____

[您必須附上雇主說明保險的總成本以及他(她)們為雇員保費繳納的金額/百分比的信件]。

雇主未提供健康保險 (您必須附上雇主未提供健康保險的信件)

3. ☐ 我過去兩年的前雇主 (如果有) 名單

前雇主 _____ 入職時間 (日期) _____ 至 _____

(其他雇主詳情請參閱背面)

4. ☐ 我沒有工作 ☐ 我的配偶沒有工作

(請說明未被錄用的原因, 包括日期、原因、最後工作日期等。)

5. ☐ 我領取失業救濟金 _____ (日期) 美元 _____ 年初至今金額

☐ 我的配偶領取失業救濟金的日期 _____ 美元 _____ 年初至今金額

第1-A部分 我的受供養人

姓名

年齡

姓名

年齡

受供養人（按姓名和年齡列出）

在後面列出其他受供養人

第2部分 - 您的家庭收入 所有收入的檔案證明必須提交

釋義：收入是指通過任何來源收到的所有款項。

釋義：收入來源是指錢的獲取方式，或向您支付金錢的人員和機構。

例如：社會保險金、您的僱主、配偶僱主支付的薪水、退休基金、贍養費、退休投資基金分配、殘疾津貼、失業補償等。

問題：如果我今年沒有收入該怎麼辦？

回答：您必須在下麵收入項鍵入零。

如果有人為您提供援助，請填寫第3部分並簽名。

去年總收入：美元

(附上聯邦稅副本的所有頁面)

稅務資訊副本：可撥打電話 1-800-908-9946 聯系IRS辦公室。要線上訂購抄本，請訪問www.irs.gov，並在搜索欄中鍵入“訂購抄本”。

本年度收入來源

年初至今總金額

(如已婚，兩項均須填寫)

美元 (您必須附上每項收入來源的年初至今證明)

美元 (您必須附上每項收入來源的年初至今證明)

美元 (您必須附上每項收入來源的年初至今證明)

美元 (您必須附上每項收入來源的年初至今證明)

注：如果是自雇職業者，請提供您的季度自雇福利資訊。

勾選清單及證書

勾選所有適用項，然後在下方簽名：

☐ 我是永久WI居民 (如果申請數據無法驗證，則需要提交居住證明)。

☐ 我的聯邦稅所有頁面均已附上 (必需提交)。如未提交，請說明原因？

☐ 附上我/我們最近的工資單。如未提交，請說明原因？

☐ 我附上了我的僱主或我的配偶的信件，說明他（她）們是否提供保險，如提供，請告知總保費金額，以及僱主的繳納金額。

☐ 我已附上我的失業、IRA、社會保障收聲、401K、退休等收入檔案。如未提交，請說明原因？

☐ 我今年的收入為零，並簽署了財務擔保書 (第3部分) 並附上。

本人鄭重聲明，保證以上資訊真實無誤。我授權 **Mental Health Emergency Center** 驗證本申請中提供的任何資訊。

患者或責任方列印的姓名和簽名

日期

第3部分 - 財務擔保書

如果有人向您提供援助，請填寫。提供支援的人員應填寫此部分。

本人_____證明為（患者姓名）提供援助_____

每月提供以下援助：（列出提供的具體援助、食物、暖氣費、電話費、住所等）

該個人每月提供的援助總成本為 美元_____。

對於從這裡提到的個人處獲得每月援助費用的補償，我不要求也不期望。

我為此提供援助的原因：（請列出您為此提供財務支持並不期望償還的原因。例如：短期醫療狀況、長期殘疾、失業、搬遷等）

您為此提供此處所述的援助有多久？_____（幾個月）

除了我在這裡描述的援助之外，這個人沒有其他經濟援助方式。本人鄭重聲明，所提供的全部資訊均真實無誤。為此，我授權 **Mental Health Emergency Center** 驗證我所提供的任何資訊。

援助者姓名_____

名	中間名	姓	與申請人的關係
---	-----	---	---------

地址_____

編號和街道	城市	州	郵遞區號	電話號碼
-------	----	---	------	------

援助者簽名：_____日期：_____

本人明白，本人的簽名不會使我對本信中所述的我支持的個人債務承擔任何責任。