

**INOVA 经济援助**

日期 (Date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IAH IFH IMVH IFOH ILH

病人 (Patient) \_\_\_\_\_

医疗记录号码 (MRN) \_\_\_\_\_

**亲爱的患者/监护人：**我已经收到了您的**Inova 经济援助表格**。为了继续您的申请，需要一下信息。**提供所述文件：（所有适用于您的。只需要复印件，不要原件。）**

- 2018联邦收入税收返还**复印件**，对自己，配偶或者同居者  
（请只发送您的税收-1040表的前2页）
- 2份当前工资单**复印件**，对自己，配偶或者同居者。
- 如果你收到现金工资，提供一份你的**雇主**的**公证**信件，说明你的工资和工作小时，雇主姓名，地址，和电话号码。
- 任何家庭/家**成员收到的**其他收入类型证明**  
---失业，社会安全，残障，退休，儿童支持或赡养。
- 支持确认（如果你和配偶或伴侣不工作）（经公证）
- 居住证明（服务日期前**9**个月）
- 收入自我说明（提供你的账户或你的公证文件的年到日说明）
- 其他

**无法提交需要文件将导致你的申请被拒绝，使得你对所有余额负责。**如有任何问题，或者你需要更多时间来收集所需文件，请拨打电话**571-423-5880**。如果你想通过传真来发送证明；我们的传真号码是**571-423-5886**。**\*\*一旦收到收入证明和家庭规模，请顺序30天来处理账户\*\*****===== 重要! =====**将文件付在这张表上，  
并且在**十五（15）天内**发送邮件给：**INOVA Health System  
Financial Aid Office  
2990 Telestar Court, 1<sup>st</sup> floor  
Falls Church, VA 22042**

请将填写好的表格交回至:

Inova  
2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

Patient Accounts  
Financial Assistance Form

患者账户  
经济援助表格

病历 / 担保人编号		服务日期			账号				
患者姓名 - 姓氏		名字		中间名缩写	社会保障号码		患者出生日期		
住址		公寓号码	市		州	邮政编码			
你在这个地址住了多久?							家庭电话号码		
雇主名称			雇主电话号码		家庭人数		是否怀孕?		
家属姓名	出生日期	社会安全码	性别	关系	家属姓名	出生日期	社会安全码	性别	关系
1.	/ /	/	/		3.	/ /	/	/	
2.	/ /	/	/		4.	/ /	/	/	

家庭收入的来源有哪些, 金额为多少? (包括患者及其配偶的所有工资/薪水/收入, 若患者为未成年人, 则填写其父母的所有工资/薪水/收入)

1. 工资	\$	请在相应的收入代码上画圈				8. 其他	\$	请在相应的收入代码上画圈			
		W	2W	M	A			W	2W	M	A
2. 其他工资	\$	W	2W	M	A		\$	W	2W	M	A
3. 一般救济	\$	W	2W	M	A	1. 社会保障生活补助金	\$	W	2W	M	A
4. 社会安全/SSI 残障	\$	W	2W	M	A	2. 学生兼职/助学贷款/助学金	\$	W	2W	M	A
5. 受抚养儿童的援助	\$	W	2W	M	A	3. 联邦津贴	\$	W	2W	M	A
6. 赡养费/抚养费	\$	W	2W	M	A	4. 其他	\$	W	2W	M	A
7. 失业收入	\$	W	2W	M	A			W	2W	M	A

收入代码: W = 每周 2W = 每两周 M = 每月 A = 每年度/每年

此次就医是否与此相关: 机动车辆交通事故?  是 (Yes)  否 (No)

工作中受伤?  是 (Yes)  否 (No)

本人特此保证, 据本人所知和所信, 上述内容真实、准确。本人理解, 医院将要求本人出具收入证明 (信用报告、纳税申报单、工资支票存根、残障鉴定等), 本人授权 Equifax 征信所和/或社会保障机构发布必要的信息用于相关的申请流程。此外, 本人还将申请可以支付本人医疗费用的其他援助 (Medicaid、Medicare、保险等)。本人将采取合理的必要措施以获取此等援助, 并且将把此等援助中用于补偿医疗费用的金额转移或支付给医院。本人理解, 若本人提供的信息不实, 医院可以重新评估本人的经济状况并采取相应的措施。

为了使本申请得到审批, 相关证明文件必须在十五 (15) 天内提交。

申请日期:

申请日期:

可统计收入的总金额: \$

此部分请留白, 仅供官方使用!

可统计收入的总金额: \$

	100%	250%	400%	500%
1	\$12,490	\$31,225	\$49,960	\$62,450
2	\$16,910	\$42,275	\$67,640	\$84,550
3	\$21,330	\$53,325	\$85,320	\$106,650
4	\$25,750	\$64,375	\$103,000	\$128,750
5	\$30,170	\$75,425	\$120,680	\$150,850
6	\$34,590	\$86,475	\$138,360	\$172,950
7	\$39,010	\$97,525	\$156,040	\$195,050
8	\$43,430	\$108,575	\$173,720	\$217,150
9	\$47,850	\$119,625	\$191,400	\$239,250
10	\$52,270	\$130,675	\$209,080	\$261,350

注意: 对于超过8人的家庭/户, 每个超出的人增加\$4,320。



失业人员请在下方填写先前家庭总收入金额:

来源: \_\_\_\_\_

金额: \_\_\_\_\_

您支票账户、储蓄账户、存款单和/或证券账户上的 <b>总</b> 余额是多少?	总金额为: _____
是否有个人退休金账户? (IRA、401(k)、401(b)、Keogh)	<input type="checkbox"/> 是; 目前的价值为: _____ <i>(Yes; the current value is)</i>  <input type="checkbox"/> 否 <i>(No)</i>
是否拥有汽车? <input type="checkbox"/> 是 <i>(Yes)</i> <input type="checkbox"/> 否; 如选择是: <i>(No; if Yes:)</i>  #1 年 _____ #2 年 _____ #3 年 _____ 品牌 _____ 品牌 _____ 品牌 _____ 型号 _____ 型号 _____ 型号 _____	#1 价值: \$ _____ 付款金额: \$ _____ 尚未付清的金额: \$ _____ #2 价值: \$ _____ 付款金额: \$ _____ 尚未付清的金额: \$ _____ #3 价值: \$ _____ 付款金额: \$ _____ 尚未付清的金额: \$ _____
是否从利息、分红、投资中获得收入?	<input type="checkbox"/> 是; 总金额为: _____ <i>(Yes; the total amount is)</i>  <input type="checkbox"/> 否 <i>(No)</i>
您是否: <input type="checkbox"/> 拥有自己的房屋 <input type="checkbox"/> 租住房屋? <i>(Own your home) (Rent your home?)</i> 若否: 您居住在何处或寄居在谁处? _____	如果你拥有: 当前的价值: \$ _____ 每月还款金额/ 租金 \$ _____
居住 9 个月确认 <input type="checkbox"/> <i>(9 Month Residency Verified)</i>	

## Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

<b>Spanish</b>	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
<b>Korean</b>	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
<b>Vietnamese</b>	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
<b>Chinese</b>	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
<b>Arabic</b>	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
<b>Tagalog</b>	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalang sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
<b>Farsi</b>	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
<b>Amharic</b>	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
<b>Urdu</b>	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
<b>French</b>	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
<b>Russian</b>	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
<b>Hindi</b>	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
<b>German</b>	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
<b>Bengali</b>	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
<b>Kru (Bassa)</b>	Tò Dòù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìn dýi Gòdǝ̀-̀wùdù (Bàsò̀-̀wùdù) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nò à gbo bó pídyi. M̄ dýi ǝ̀ dè mó nò à gbo ní, m̄ me nyue bē à kùà-nyò bḕ kée dýí dyuò, ké à kè m̄ kè mue jè cèin nòmò dýiin.
<b>Ibo</b>	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
<b>Yoruba</b>	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn işe iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini rẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.