

鑑於您可能符合我們的財務援助計畫資格，我們特此傳送一份申請書給您。若要獲得全額補助，您必須填寫表單、簽名，然後提供後附之財務援助計畫必需的所有證明文件。

如果有任何因素造成您無法提供必要資訊，請附上一份書面聲明，說明您無法提供相關資料的原因。如果未能提供所有必要資訊，您的財務援助申請將被拒絕。

請仔細閱讀申請書內容，裡面提供了財務援助計畫中非常重要的資訊，攸關您的申請能否核可。資訊有遺露或不完整的，都將造成申請遭拒或核可程序拖延。請知悉，要通過申請，您必須提供患者/擔保人與見證人簽名。

您可能已知道，「平價照顧法案」已於 2013 年 10 月 1 日生效。該法案讓所有美國人有機會享有高品質同時可負擔的醫療保障。「平價照顧法案」提供美國人不同的健保選項與替代項目。「醫療保險交易所」是一個協助人們選擇利用許多美國人都有的稅額抵免來換取補助的健保選項的市場。

若您對上述感興趣，請前往 Healthcare.gov 網站註冊，該網站也有提供與「平價照顧法案」相關的實用 FAQ。

此計畫適用於佛羅里達大學甘斯維爾醫療中心 (UF Health Gainesville) 所提供的服務。

我們的審核流程需要 7 個工作天。屆時，我們將會以信函通知最後資格裁定結果。如果您對於此申請書有任何疑問，請利用下列電話號碼與我們的其中一名代表聯絡。

謹此，

佛羅里達大學醫療中心 (UF Health)
客戶服務部門
電話：(352) 265-7906 或 (888) 766-8154
傳真：(352) 627-4401

*****財務援助申請*****

患者姓名： _____ 擔保人： _____
 患者 DOB： _____ 地址： _____

*****家屬*****

(家屬包含配偶、18 歲以下兒童，以及您和/或您配偶報稅單上列名要求退稅的其他所有的人)

| | | | |
|----------------|-------|----------------|-------|
| 姓名：(名字、中間名、姓氏) | DOB: | 姓名：(名字、中間名、姓氏) | DOB: |
| 1. _____ | _____ | 4. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | 5. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | 6. _____ | _____ |

*****患者/擔保人資訊*****

社會保險號碼： _____ 僱主姓名： _____
 工時： \$ _____ 每週平均工作時數： _____
 目前每週、每月或每年的總收入： \$ _____
 若為失業者，最後工作日期為： ____/____/____

*****配偶資訊*****

社會保險號碼： _____ 僱主姓名： _____
 工時： \$ _____ 每週平均工作時數： _____
 目前每週、每月或每年的總收入： \$ _____
 若為失業者，最後工作日期為： ____/____/____

*****其他收入*****

| | 患者/擔保人 | 配偶 | 受撫養人 |
|-------|----------|----------|----------|
| 社會保險 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 退休金 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 失業 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 工資 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| VA 福利 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 子女扶養 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 撫養費 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 租金收入 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

*****資產資訊*****

| | 患者/擔保人 | 配偶 |
|----------------|----------|----------|
| 房屋價值 | \$ _____ | \$ _____ |
| 負債餘額 | \$ _____ | \$ _____ |
| 其他不動產價值 | \$ _____ | \$ _____ |
| 股票/債券 | \$ _____ | \$ _____ |
| 其他資產 (船、露營車等等) | \$ _____ | \$ _____ |
| 銀行帳戶： 支票存款 | \$ _____ | \$ _____ |
| 銀行帳戶： 現金存款 | \$ _____ | \$ _____ |

您是否有申請過醫療或其他補助？ 是 / 否
 若是並且同意，請提供您的醫療保險號碼 _____。
 若是並且曾被拒絕，請提供拒絕函複本。
 若是並且申請擱置中，請提供申請書號碼 _____。
 若否，請聯絡您當地健保單位以確認資格。

本人證明以上資料完全真實且正確。此外，本人授權佛羅里達大學醫療中心進行必要資訊查詢或取得，以驗證此處包含的資訊正確無誤，包括我的僱主、徵信所、我的債權人或其他金融機構，如果有此需要的話。依照公法 s.817.50 F.S. 規定，凡是提供假資訊給醫院以騙取商品或服務者，屬於二(第二)級輕罪。

簽名： _____ 日期： _____ 見證人： _____

兩個簽名都需要，否則您的申請將不會通過。