



Allina Health
Partners Care 10209
PO Box 43
Minneapolis MN 55440-0043

Allina Health
工作时间：周一至周四上午 8:00 - 下午 4:30
周五上午 9:00 - 下午 4:30
(612) 262-9000 或 (800) 859-5077
电子邮件地址：AllinaPartnersCare@allina.com

感谢您对 Allina Partners Care (APC) 的关注。APC 是一项通过 Allina Health 提供的经济援助计划，可协助您支付 Allina Health 医疗账单。随本函附有 APC 申请表。填写申请表时，请注意以下几点：

- APC 并非健康保险，而是针对您的 Allina Health 账单提供的经济援助。因为它不是健康保险计划，APC 仅承付通过 Allina Health 直接计费的必要医疗服务。这意味着，它只能协助支付 Allina Health 机构的费用、以及 Allina Health 聘用的医生所收取的费用。
- 在填写申请表时，您必须向我们提供当前的保险、收入和资产信息，即便自 Allina Health 对您计费后您的情况发生了变化亦应如此。APC 资格取决于您当前的家庭收入和资产。
- 请发送相关文件的清晰副本。原件一律不予退还。如果您以电子方式提交文件，若分辨率不够高，我们可能无法使用。文档图片通常都达不到要求。
- 请不要在任何文件上使用订书钉。

在填写随附的申请表时，请使用此表作为核查清单。

第 1 部分 申请人信息	<input type="checkbox"/> 必须完整填写申请表 - 所有方框均需填写。 <input type="checkbox"/> 申请表上的信息必须与支持文件完全一致！ <input type="checkbox"/> 申请表必须由申请人及其配偶/伴侣签署并注明日期（参见第 2 部分）。
第 2 部分 包括受抚养人	<input type="checkbox"/> 18 岁以上的受抚养人只有在其被列入上一年的纳税申报表的情况下，才会被纳入家庭人口计算中。 <i>也请在申请表中将其列为受抚养人。</i> 任何 18 岁及以上的孩子都需要单独申请 Allina Partners Care。 <input type="checkbox"/> 如果您与伴侣同住，并且共同抚养一个未成年子女，我们会将您的收入视为家庭收入。请在申请表上列出伴侣和孩子，并提供所有证明性财务文件。
第 3 部分 保险承保证明	<input type="checkbox"/> 如果申请表上列出的任何人目前有医疗保险，则请注明这一点，并发送健康保险卡的正、反面副本。 <input type="checkbox"/> 如果申请表上列出的任何人没有保险，则他们需要申请医疗援助/MN Care，然后向我们提供其书面决定函。
第 4 部分 流动资产余额证明	<input type="checkbox"/> 银行对账单、股票/债券、存款单、货币市场账户。 <input type="checkbox"/> 请向我们发送完整的月度对账单。其必须包括您的姓名、机构名称、所有交易、当前余额和日期。我们不接受您账户的银行摘要。第 4 部分中的信息必须与您的支持文件所显示的信息完全一致。
第 5、6、7、8 部分 收入证明 * 请发送所有适用文件的副本	<input type="checkbox"/> 列有 2 个月工资的 2 份最新工资单或雇主声明的副本（如果受雇）。 <input type="checkbox"/> 上一年的联邦纳税申报表。 <input type="checkbox"/> 如果申请人根本没有收入，则必须填写一份支持声明 - 如果需要，请致电我们的办公室索取副本。 <input type="checkbox"/> 我们需要获取这些部分中列出的任何收入的证明文件。 <input type="checkbox"/> 如果退休并领取社会保障金、养老金或年金，则请在第 7 部分中列出这些信息，并提交总收入证明。我们不接受显示净存款的银行对账单作为收入证明。

如果您不确定在您的申请中应包含哪些文件，或者，如果您在此申请方面需要任何其他帮助，请通过上方电话号码与我们联系。您可以在 www.allinahealth.org/financialassistance 下载该申请表的英文、西班牙语或索马里文版本。

谨致问候！

您的 Allina Partners Care 专员

LD



Allina Health
Partners Care 10209
PO Box 43
Minneapolis, MN 55440-0043

Allina Partners Care

经济援助申请表

重要提示：请完整填写此表格。否则，您将需要填写一份新表格。如果可能，请使用黑色墨水。

1. 主申请人（如果为未成年子女申请，则请在此处输入您的姓名，并在下方第 2 部分中将该子女列为受抚养人）。

名字	中间名缩写	姓氏	出生日期	性别	婚姻状况
街道地址		城市	州/省	邮政编码	
您是否是美国公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果回答为“是”，社会安全号码	家庭电话号码	其他电话号码	

2. 是否有其他人和您住在一起？ 您家中是否住有配偶和/或受抚养人？ 否 是 - 在下方填写

* 在审核 Allina Partners Care 时，我们需要考虑您的整个家庭。如果您与伴侣住在一起，并共同抚养一个孩子，则您应该在下方列出他们，并包括他们的所有财务信息。

姓名（名字、中间名缩写和姓氏）	出生日期	与您之间的关系	是否美国公民或拥有美国国籍？ (仅在 <input checked="" type="checkbox"/> 否的情况下填写 2b 项)	2b 移民身份？	2b 担保人姓名
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

**** 所需的健康保险文件：**

• 如果本申请表中列出的任何人没有医疗保险（医疗援助、MNCare、BadgerCare、Medicare 或其他），则请解释您或该人没有保险的原因。对于任何未投保的家庭成员，我们还需要 MNCare 出具的有效决定函，或有关豁免《平价医疗法案》规定的文件。请同时提供您的医疗卡复印件。

3. 健康保险信息 请为自己以及您在上方第 2 部分中列出的所有人回答以下问题。

请解释您或您的家人没有获得保险的原因；请提供 MNCare 对该人出具的当前有效决定函，或有关豁免《平价医疗法案》规定的文件。

a. 您是否有 Medicare? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分	您的配偶/伴侣是否有 Medicare? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> A 部分 <input type="checkbox"/> B 部分
b. 请列出上方所列每位家庭成员的当前健康保险： (例如：Jane Doe 有 Blue Cross Blue Shield)	(在此处列出保险信息)
c. 如果上方所列任何家庭成员没有健康保险，则请简要说明原因。	(解释)
请附上保险卡正、反两面的复印件，列出该保险所承保的每个人。	

****所需的资产证明文件：**

• 您必须提供显示您的交易历史的最新对账单和当前余额，以证明下方列出的每项资产的余额/价值。每份对账单都应清楚地表明您是该资产的所有者。*每项资产都需要填写每一列；具体请参阅下方的示例行。

4. 您（或您的配偶/伴侣，如适用）是否拥有以下任何账户类型或资产？

支票账户 储蓄账户 预付借记卡 股票/债券 存款单 货币市场账户 无资产

(请在下方填写)

a. 所附证明文件的对账单日期 (月月/年年)	b. 资产所有者姓名	c. 资产类型	d. 金融机构名称
示例: 01/2016 (2016 年 1 月)	Jane Doe	支票账户	Bank of Allina

请继续填写申请表背面内容

****所需的就业收入证明文件:**

请提供 (1) 每个雇主发给您的 2 份最新工资单的副本, 以及 (2) 您上一年的联邦所得税表 1040 的副本。

5a. 您是否有工作? 否 是 (请在下方填写。如果需要更多行, 请添加额外的纸张。)

5b. 您的配偶/伴侣是否有工作? 否 是 (请在下方填写。如果需要更多行, 请添加额外的纸张。)

a. 受雇工作人员姓名	b. 雇主名称	c. 小时工资/薪金	d. 每周工作时间	e. 小费
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

****所需的自雇收入证明文件:**

请提供您上一年的联邦所得税表 1040 的副本, 包括所有附表

6a. 您是否为自雇人士? 否 是 (请在下方填写。如果需要更多行, 请添加额外的纸张。)

6b. 您的配偶/伴侣是否为自雇人士? 否 是 (请在下方填写。如果需要更多行, 请添加额外的纸张。)

a. 自雇工作人员姓名	b. 公司/业务名称	c. 开始日期	d. 1040 Sched 1 (附表 1) 的营业收入
			\$
			\$

****所需的以下收入来源证明文件:**

- 社会安全保障金、SSI、养老金、失业金、工伤赔偿、公共援助: 发送您所享有的福利证明或授予函, 显示您每月收到的金额。
- 我们不接受您的银行对账单副本作为收入证明。
- 所有其他收入来源: 请提供显示所收到收入的税务文件、或证明收入和来源的其他形式的官方文件。
- 请提供您上一年的联邦税收收入表 1040 的副本, 包括所有附表。

7. 您 (或您的配偶/伴侣, 如适用) 是否从工作以外的来源获得收入?

包括:

- | | | | | |
|----------------|---------|----------|---------|-----------|
| • 社会安全保障金 | • 配偶赡养费 | • 失业金 | • 利息/股息 | • 子女抚养费 |
| • 补充保障收入 (SSI) | • 工伤赔偿 | • 租金收入 | • 年金 | • 退休金/养老金 |
| • 未成年子女 SSI | • 信托 | • 退伍军人福利 | • 公共援助 | • 任何其他收入 |

否 是 - 请在下方填写

下方 c. 列所列金额必须与证明文件完全一致

a. 收入领取者姓名	b. 收入类型	c. 金额	d. 领取频率
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

8. 如果申请人未报告收入, 则必须完成支持声明。如需获得支持声明副本, 请致电我们的办公室 612-262-9000 索取, 或在 ALLINAHEALTH.ORG/FINANCIALASSISTANCE 下载副本。如果您还有其他因素希望我们在处理您的申请时予以考虑, 则请在此处列出。如有必要, 可添加纸张填写。

9. 在返回此申请表之前, 请确保您已附上上述所有必需的文件

我确认, 据我所知, 本申请表中的信息真实无误, 我特此授权 Allina Health 将此信息披露给接收我的转诊的任何医生、诊所、附属机构和/或其他地区医院或诊所。此外, 我还确认, 我必须注册并充分利用和遵守 (1) 我可能有资格获得的任何明尼苏达州医疗保健计划, 或 (2) 我可能通过雇主、医疗保健交流平台 (例如: MNsure) 获得的任何医疗保险, 否则, 可能会导致我被从 Allina Partners Care 计划中剔除。

日期	主申请人签名
日期	配偶/伴侣签名

请留出 30 天的处理时间。您将通过邮件收到我们的决定通知。