

## 慈善医疗福利/经济援助申请表格说明

这是 [hospital or system name] 的经济援助（也称为慈善医疗福利）申请。

华盛顿州要求所有医院向符合特定收入要求的人员和家庭提供经济援助。根据家庭规模和收入，您可能有资格获得免费治疗或降价治疗，即使您已有健康保险。

**经济援助涵盖哪些内容？** 根据您的资格，医院经济援助涵盖 [hospital/health system, clinics, etc] 所提供的基于医院的适当服务。经济援助可能不涵盖所有医疗保健费用，其中包括其他组织提供的服务。

**如果您有疑问或需要帮助以完成此申请：** 您可以出于任何原因获得帮助，包括残障和语言援助。

**为了让您的申请得到处理，您必须：**

- 向我们提供您家庭的相关信息  
填写您家中的家庭成员数（家庭成员包括因出生、婚姻或收养关系而住在一起的人）
- 向我们提供您家庭每月总收入（扣除税款和扣减项目之前的收入）的相关信息
- 提供家庭收入证明文件并宣告资产
- 如果需要则附上其他信息
- 在表格上签字并注明日期

**注：** 申请经济援助无需提供社会安全号码。如果您向我们提供社会安全号码，它将有助于提高申请的处理速度。用社会安全号码来验证向我们提供的信息。如果您没有社会安全号码，请注明“不适用”或“NA”。

将完整的申请与所有证明文件一起邮寄或传真至：。请您务必保留一份副本。

**要亲自提交完整的申请：**

我们将在收到完成的经济援助申请（包括收入证明文件）后的 14 个日历天内通知您资格的最终决定和上诉权利（如果适用）。

提交经济援助申请，即表示您同意我们进行必要的调查，以确认金融债务和信息。

**我们想提供帮助。请及时提交申请！**  
**在我们收到您的信息之前，您可能会收到账单。**

# 慈善医疗福利/经济援助申请表 — 机密

请完整填写所有信息。如果不适用，请填“NA”。如果需要，请附加额外页面。

## 筛选信息

您是否需要口译员？  是  否 如果是，请列出首选语言：

患者是否已申请 Medicaid？  是  否 在考虑经济援助之前可能需要申请

患者是否接受州公共服务，例如 TANF/Basic Food 或 WIC？  是  否

患者目前是否无家可归？  是  否

患者的医疗护理需求是否与交通事故或工伤事故相关？  是  否

## 请注意

- 我们不能保证您申请就一定有资格获得经济援助。
- 在您寄送申请之后，我们会检查所有信息，并且可能会需要其他信息或收入证明。
- 在我们收到您完整的申请和证明文件后的 14 个日历天内，我们将通知您是否有资格获得援助。

## 患者和申请人信息

患者的第一个名字	患者的中间名字	患者的姓氏
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 (可以指定 _____)	出生日期	患者社会安全号码 (可选*) <small>*可选，但若是在州法律需求之外更慷慨的援助，则需选择该项</small>
负责支付账单的人员	与患者的关系	出生日期 社会安全号码 (可选*) <small>*可选，但若是在州法律需求之外更慷慨的援助，则需选择该项</small>
邮寄地址 _____ _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____		主要联系人电话号码 ( ) _____ ( ) _____ 电子邮件地址： _____
负责支付账单的人员的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 (雇用日期： _____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业时间： _____) <input type="checkbox"/> 自谋职业 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 已退休 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )		

## 家庭信息

列出您家中的家庭成员，包括您在内。“家庭”包括因出生、婚姻或收养关系而住在一起的人。

家庭规模 \_\_\_\_\_

如果需要，请附上额外页面

姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 岁：雇主姓名或收入来源	如果年满 18 岁：每月总收入 (税前)：	同时申请经济援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须公开所有成年家庭成员的收入。收入来源包括，例如：

- 薪资 - 失业 - 自谋职业 - 工伤赔偿金 - 残障 - SSI - 孩子/配偶的赡养费
- 工作学习计划 (学生) - 退休金 - 退休账户分配 - 其他 (请解释 \_\_\_\_\_)

## 收入信息

**谨记：** 您的申请中必须包括收入证明。

您必须提供家庭收入相关信息。判定经济援助需要收入证明。

所有年满 18 岁的家庭成员都必须公开其收入。如果您无法提供证明文件，则可以提交书面签署声明，显示您的收入。请为每项确定的收入来源提供证明。

收入证明样例包括：

- "W-2" 扣缴税款清单；或者
- 最新的工资单（**最低必要项，不超过 3 个月**）；或者
- 上一年度所得税申报表，其中包括明细表（如果适用）；或者
- 雇主或他人提供的书面签署声明；或者
- Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝；或者
- 失业赔偿金资格的批准/拒绝。

如果您没有收入证明或者没有收入，请附上额外页面并进行解释。

## 消费信息

我们使用此信息，以更为全面地了解您的经济状况。

每月家庭支出：

租金/抵押	_____ 美元	医疗费用	_____ 美元
保险费	_____ 美元	公用事业费	_____ 美元
其他债务/支出	_____ 美元	（孩子的赡养费、贷款、药物、其他）	

## 资产信息

如果您的收入超出联邦贫困指标的 **101%**，则需使用此信息。

当前支票帐户余额

\_\_\_\_\_ 美元

当前储蓄帐户余额

\_\_\_\_\_ 美元

您家庭有其他资产吗？

**请勾选所有适用项**

- 股票    债券    401K    健康储蓄帐户    信托基金  
 房地产（排除主要住房）    拥有公司

## 其他信息

如果您有关于当前经济状况的其他信息（例如经济困难、庞大的医疗支出、季节性或临时收入或个人损失）想要告知我们，请附上额外页面。

## 患者协议

我了解 **[Hospital/system Name]** 可通过审查信用信息并从其他来源获取信息来验证信息，进而有助于确定经济援助或付款计划的资格。

我确认，据我所知上述信息正确无误。我了解如果我提供虚假财务信息，那么经济援助可能会遭拒，我可能要负责并需支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请者签字

\_\_\_\_\_  
日期