



慈善關懷/經濟援助申請表填寫說明

本表用於向「Swedish」申請經濟援助（也稱「慈善關懷」）。

聯邦和州法律要求所有醫院向滿足某些收入要求的人員和家庭提供經濟援助。根據您的家庭規模和收入，您可能有資格獲得診療費用減免（普通申請可同時獲得費用減、免考量），即使您擁有醫療保險。請參閱醫院網站 <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>。

經濟援助涵蓋哪些費用？醫療經濟援助涵蓋我們系列機構中任一醫院或診所提供的醫療必要性診療費用，具體取決於您的援助資格。經濟援助可能不會涵蓋所有醫療費用，包括其他機構提供的服務。

如果存在任何疑問或者需要任何幫助填寫本申請：您可以通過我們的網站或者電話獲得經濟援助條例、計劃相關資訊和申請材料。您可以獲得包括殘疾輔助和語言幫助在內的任何幫助這裡是我們的聯繫網址：我們會根據您的請求提供翻譯版書面文件。

這裡是我們的聯繫網址：<https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>。

客戶服務代表電話：206-320-5300 或+ (1) 877-406-0438

週一 - 週五，上午 8:30 至 下午 4:00

為了讓您的申請得到處理，您必須：

向我們提供您的家庭資訊

填寫您的家庭成員數量（家庭成員包括因出生、婚姻或收養關係生活在一起的人員）。如果您居住在 California 州，家庭或家人的定義如下：如果患者年滿 18 歲，則其家人包括配偶、同居伴侶以及任何未滿 21 歲的家屬，或者任何年齡的殘障家屬，無論其是否住在家裡。如果患者不滿 18 歲，或是 18 至 20 歲的子女親屬，則其家人包括父母、照護親屬、父母或親屬的照護者、其他未滿 21 歲的家屬，或任何年齡的殘障家屬。

向我們提供您家庭每月總收入（稅前及扣款之前）資訊，包括薪資存根或納稅申報表，或其他收入資訊（W-2 表格、社會保障金信函）和資產收入報表。¹（參閱經濟援助申請「收入部分」獲得更多示例）

隨附額外資訊（如需要）

經濟援助表簽名並註明日期

備註：申請經濟援助時，您無需提供社會安全號。如果向我們提供了社會安全號，該社會安全號碼可能被用於身份識別或者對您所提供的資訊進行驗證。如果沒有社會安全號，請標註為「未申請」或「NA」。將填妥後的申請表連同所有證明文件一同郵寄至：Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office，P.O. Box 31001-3422，Pasadena，CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA。請務必為自己保留一份副本。507846221.4



親自到場提交申請：前往最近的「醫院財務顧問辦公室」。我們將在收到完整經濟援助申請（包括收入證明文件）後 14 至 30 天內通知您最終資格認定結果以及上訴權利（如適用）。

提交經濟援助申請即表明，您同意我們進行必要問詢，以確認相關經濟義務和資訊。

1 除非可能被州法律禁止，Swedish 將根據「美國 Medicare 和 Medicaid 服務中心」(CMS) 的 Medicare 費用報告要求，收集並考量資產相關資訊。該條款特別適用於沒有 Medicaid 的 Medicare 受益人。對於所有其他人員，資產資訊屬於非必填項。

506318055.3

我們希望為您提供幫助。請立即提交申請。除非所在州慈善關懷法律明確禁止，否則在我們收到完整申請和所需文件之前，您可能會持續收到賬單。

**SWEDISH**

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

慈善關懷/經濟援助申請表-機密

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請注明「NA」。如果需要，請附加其他紙張。

篩選資訊您是否需要口譯員？ 是 否 如果「是」，請列出首選語言：患者是否已申請 Medicaid ? 是 否 患者是否為盲人？ 是 否 患者是否為殘障人士？ 是 否患者是否領取州公共服務福利，例如 TANF 、Basic Food 或 WIC ? 是 否患者目前是否無家可歸？ 是 否患者的醫療需求是否與車禍或工傷有關？ 是 否**請注意**

- 即使提交申請，我們也無法保證您一定獲得經濟援助資格。
- 一旦寄發申請，我們可能會對所有資訊進行檢查，並可能要求您提交其他資訊或收入證明。
- 收到完整申請和相關證明文件後 14-30 天內，我們會通知您最終認定結果。

患者及申請資訊

患者名字	患者中間名	患者姓氏	
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明 _____)	出生日期	患者社會安全號 (非必填)	
帳單支付人	與患者的關係	出生日期	社會安全號 (非必填)
郵寄地址 <hr/> <hr/>	主要聯繫電話 () _____ () _____		
城市 國家	郵遞區號	電子郵件：	

帳單支付人就業狀況

 在職 (受雇日期) : _____ 失業 (失業時間) : _____ 自雇職業 學生 殘障人士 已退休 其他 _____

慈善關懷/經濟援助申請表-機密

家庭資訊

請列出您的家庭成員 (包括您本人)。「家庭成員」包括因出生、婚姻或收養關係生活在一起的人員。

家庭規模 ————— 如需要，請附加其他紙張

姓名	出生日期	與患者的關係	是否年滿 18 歲： 僱主名稱或收入來 源	是否年滿 18 歲：每 月總收入 (税前)：	是否也申請經 濟援助？
					是/否

(必須披露所有成年家庭成員的收入) 收入來源包括，例如：

工資 - 失業 - 自顧職業 - 工人補償金 - 殘疾人補助金 - SSI - 兒童/配偶援助金 - 勤工儉學計畫 (學生) - 資產提取收
入 (例如 - 股票、債券、IRA、共同基金、租金收入等)



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

慈善關懷/經濟援助申請表-機密

收入資訊

規禱並螺提交申請時必須包含收入證明。

您必須提供家庭收入資訊。需要對收入進行認證，用於確定經濟援助資格。所有年滿 18 歲家庭成員必須披露其收入。如果無法提供證明文件，您可以提交 一份書面簽署聲明，對您的收入進行說明。請提供每項確定收入的來源證明。收入證明示例包括：

- 「W-2」扣稅表；或者
- 最新工資單 (3 個月)；或者
- 去年所得稅申報表 (包括相應附表)；或者
- 僱主或其他人員出具的書面簽署聲明；或者
- 資產 (股票、債券、IRA、共同基金等) 提取報表；
- 失業補償金資格批准/拒絕。

如果沒有收入證明或者沒有收入，請隨附說明。

支出資訊

我們使用這些資訊更全面地瞭解您的經濟狀況。

每月基本生活支出：

租金/按揭貸款 \$ _____ 醫療費用 \$ _____

醫療保險保費 \$ _____ 公用事業服務費 \$ _____

其他債務/開支 \$ _____ (子女撫養費、貸款、藥品、其他)

資產資訊和文檔

當前支票賬戶餘額 (請參閱下文了解您

是否需要提供銀行對賬單*)

\$ _____

您的家人是否擁有以下其他資產？請勾選所有適用項

無資產

股票 債券 401K 健康儲蓄帳戶

普通儲蓄賬戶餘額

\$ _____

對於沒有 Medicaid 保險的 Medicare 受益人，「Swedish」可能要求提供銀行對賬單或者類似來源的證明文件。

*該資訊僅限於沒有 Medicaid 保險的 Medicare 受益人。對於所有其他人員，該資訊屬於非必填項。這些資訊僅用於我們條例和州法規 (與所獲得診療相關) 規定之用途，且根據「Medicare 和 Medicaid 服務中心」(CMS) 的 Medicare 費用報告要求，考量並收集這些資訊。

其他資訊

如果希望我們瞭解您當前經濟狀況的其他資訊（例如經濟困難、過高醫療費用、季節性或臨時性收入，或者個人虧損），請附加紙張。

患者協議

我知道，「Swedish」可能通過審查信貸資訊和獲取其他來源資訊對這些資訊進行覆核，以幫助確定經濟援助或付款計畫資格。

我確認，上述信息據本人所知真實無誤。我知道，如果認定本人所提供的經濟資訊為虛假資訊，其結果可能是拒絕提供經濟援助，而且我本人可能需要併應該支付服務費用。

申請人簽名

日期