

คำแนะนำเกี่ยวกับแบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน
นี่คือใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (เรียกอีกอย่างว่า การดูแลเพื่อการกุศล) ที่ Swedish

กฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลและครอบครัวที่มีรายได้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับการดูแลฟรีหรือการดูแลแบบมีส่วนลด (คุณจะได้รับพิจารณาทั้งสองแบบผ่านการสมัครทั่วไปนี้) ขึ้นอยู่กับขนาดครอบครัวและรายได้ของคุณ แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพก็ตาม โปรดไปที่เว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่ <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง ความช่วยเหลือทางการเงินเกี่ยวกับการแพทย์ครอบคลุมการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลหรือคลินิกภายในกลุ่มองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่งของเรา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของคุณ ความช่วยเหลือทางการเงินอาจไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทั้งหมด รวมถึงการบริการขององค์กรอื่น ๆ ด้วย

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของเรา ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม และเอกสารการสมัครมีให้บริการอยู่บนเว็บไซต์ของเราหรือทางโทรศัพท์ คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ทุกเรื่อง ซึ่งรวมถึงความช่วยเหลือด้านทุนพยาบาลและภาษา มีบริการแปลเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ตามคำขอ

นี่คือวิธีการติดต่อเรา: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>

ตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้า ที่: 206-320-5300 หรือ +(1) 877-406-0438

วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8:30 - 16:00 น.

เพื่อให้เราดำเนินการพิจารณาใบสมัครของคุณ คุณจะต้อง

☐ **ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณ**

กรอกจำนวนสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณ (ครอบครัวหมายถึงรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิด การแต่งงาน หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน) หากคุณอาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย ครัวเรือนหรือครอบครัวจะถูกกำหนดด้วยวิธีนี้ *หากผู้ช่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป* /ครอบครัวจะรวมถึงคู่สมรส คู่ครอง และเด็กในอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรืออายุเท่าใดก็ตามหากทุพพลภาพ ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม *หากผู้ช่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี*หรือสำหรับเด็กในอุปการะที่มีอายุ 18 ถึง 20 ปี ครอบครัวจะรวมถึงพ่อแม่ ญาติผู้ดูแล และบุคคลอื่นที่อยู่ในความอุปการะของพ่อแม่หรือญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี หรืออายุเท่าใดก็ตามหากทุพพลภาพ

☐ **ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมทั้งหมดต่อเดือนของครอบครัวของคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและหักลดหย่อน) ประกอบด้วยเงินบำนาญ เงินหรือแบบแสดงรายการภาษี หรือข้อมูลรายได้อื่น ๆ (เช่น แบบฟอร์ม W-2 หนังสือแจ้งการรับสิทธิประโยชน์จากประกันสังคม) และงบกำไรขาดทุนจากสินทรัพย์ (ดูตัวอย่างเพิ่มเติมได้ในส่วนรายได้ของใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน)แนบข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น**

☐ **เซ็นชื่อและลงวันที่ในแบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน**

หมายเหตุ: คุณไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคมเพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน หากคุณให้หมายเลขประกันสังคมของคุณแก่เรา หมายเลขประกันสังคมอาจถูกใช้เพื่อระบุตัวคุณหรือใช้เพื่อยืนยันข้อมูลที่เราให้ไว้กับเรา หากคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคม โปรดระบุ “ไม่มี” หรือ “NA” ส่งใบสมัครที่กรอกครบถ้วนพร้อมเอกสารทั้งหมดไปที่: Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA อย่าลืมเก็บสำเนาไว้กับตัวเอง 507846221.4

หากต้องการส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วด้วยตนเอง: ไปที่สำนักงานที่ปรึกษาทางการเงินของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เรา
จะแจ้งให้คุณทราบถึงการพิจารณาขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับคุณสมบัติและสิทธิ์ในการอุทธรณ์ (ถ้ามี) ระหว่าง 14 ถึง 30 วันหลังจากได้รับใบ
สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ให้ข้อมูลครบถ้วน รวมถึงเอกสารเกี่ยวกับรายได้

การส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินแสดงว่าคุณยินยอมให้เราทำการสอบถามเพื่อยืนยันภาระผูกพันและข้อมูลทางการเงิน
ได้ตามความจำเป็น

1 Swedish จะรวบรวมและพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ์ตามที่กำหนดโดยศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS)

สำหรับการรายงานค่าใช้จ่ายของ Medicare ยกเว้นตามที่กฎหมายของรัฐอาจห้ามไว้

ข้อกำหนดนี้ใช้กับผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่ไม่มีประกัน Medicaid ด้วยโดยเฉพาะสำหรับผู้รับผลประโยชน์ประเภทอื่น

ข้อมูลสิทธิ์เป็นทางเลือก

506318055.3

เราต้องการช่วย กรุณาส่งใบสมัครของคุณทันที

คุณอาจยังคงได้รับใบแจ้งยอดการเรียกเก็บเงินอยู่จนกว่าเราจะได้รับใบสมัครและเอกสารที่จำเป็นครบถ้วน

เว้นแต่กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการกุศลของรัฐคุณจะไม่ห้าม

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลับ
 กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากไม่มีข้อมูล ให้เขียนว่า "NA" แนบหน้าเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น

ข้อมูลสำหรับการคัดกรอง			
คุณต้องการล่ามใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุภาษาที่ต้องการ:			
ผู้ป่วยได้สมัคร Medicaid ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ป่วยตาบอดใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ผู้ป่วยพิการใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่			
ผู้ป่วยได้รับการบริการสาธารณะของรัฐ เช่น TANF, Basic Food หรือ WIC ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่			
ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนไร้บ้านใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่			
ความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่			
โปรดทราบ			
- เราไม่สามารถรับประกันได้ว่า คุณจะได้รับสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่าเราจะสมัครขอรับก็ตาม - เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือหลักฐานแสดงรายได้ - ภายใน 14-30 วันหลังจากได้รับใบสมัครและเอกสารครบถ้วนแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลการพิจารณาของเรา			
ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร			
ชื่อผู้ป่วย	ชื่อกลางของผู้ป่วย		นามสกุลผู้ป่วย
☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ _____)	วันเกิด		หมายเลขประกันสังคมของผู้ป่วย (ไม่บังคับ)
ผู้รับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่าย	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเกิด	หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ _____ _____ _____			หมายเลขติดต่อหลัก () _____ () _____ อีเมล: _____
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	ประเทศ
สถานภาพการจ้างงานของผู้รับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่าย ☐ เข้าทำงาน (วันที่จ้างงาน): _____ ☐ ว่างงาน (ว่างงานนานแค่ไหน:) _____ ☐ อาชีพอิสระ ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ พิกการ ☐ เกษียณอายุ ☐ อื่น ๆ _____			

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่การกศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลบ
ข้อมูลครอบครัว

ระบุรายชื่อสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณ รวมทั้งตัวคุณด้วย “ครอบครัว” หมายความว่ารวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิด การแต่งงาน หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ขนาดครอบครัว _____ แบนหน้าเอกสารเพิ่มได้หากจำเป็น

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ถ้าอายุ 18 ปีขึ้นไป: ชื่อนายจ้างหรือแหล่งที่มาของรายได้	ถ้าอายุ 18 ปีขึ้นไป: รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี):	ยื่นขอรับ ความช่วยเหลือ ทางการเงินด้วย?
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

ต้องเปิดเผยรายได้ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคน แหล่งที่มาของรายได้ ได้แก่: ค่าจ้าง- จากการว่างงาน- จากการทำงานอิสระ- เงินทดแทนสำหรับลูกจ้าง-ทุพพลภาพ-SSI-ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตร-โครงการที่ให้ทำงานได้ระหว่างเรียน (นักเรียน)- รายได้จากสินทรัพย์ เช่น หุ่น พันธบัตร IRA กองทุนรวม รายได้ค่าเช่า ฯลฯ

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลับ

ข้อมูลรายได้

ข้อควรจำ: คุณต้องแนบหลักฐานแสดงรายได้ไปพร้อมกับใบสมัครของคุณด้วย

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว เราจำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้เพื่อพิจารณาอนุมัติการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน สมาชิกครอบครัวทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจะต้องเปิดเผยรายได้ หาก你不能จัดหาเอกสารให้ได้ คุณอาจเขียนคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรที่อธิบายถึงรายได้ของคุณพร้อมลงนาม โปรดให้หลักฐานที่แสดงถึงแหล่งที่มาของรายได้ที่ระบุทุกแห่ง ตัวอย่างหลักฐานแสดงรายได้ ได้แก่

- ใบหักภาษี ณ ที่จ่าย "W-2"; หรือ
- ต้นข้าวการจ่ายเงินปัจจุบัน (3 เดือน); หรือ
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของปีที่แล้ว รวมถึงแบบคำนวณภาษี (หากมี); หรือ
- ข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลงนามจากนายจ้างหรือผู้อื่น; หรือ
- งบกำไรขาดทุนจากสินทรัพย์ (หุ้น พันธบัตร IRA กองทุนรวม ฯลฯ); หรือ
- การอนุมัติ/ปฏิเสธการมีสิทธิ์ได้รับเงินชดเชยการว่างงาน

หากคุณไม่มีหลักฐานแสดงรายได้หรือไม่มีรายได้ โปรดแนบหน้าคำอธิบายเพิ่มเติม

ข้อมูลค่าใช้จ่าย

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ทางการเงินของคุณที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ค่าครองชีพที่จำเป็นต่อเดือน:

ค่าเช่า/จำนอง \$ _____	ค่ารักษาพยาบาล \$ _____
เบี้ยประกันสุขภาพ \$ _____	ค่าสาธารณูปโภค \$ _____
หนี้/ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ \$ _____ (ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินกู้ ยารักษาโรค อื่น ๆ)	

ข้อมูลและเอกสารเกี่ยวกับสินทรัพย์

ยอดเงินคงเหลือในบัญชีเงินฝากกระแสรายวัน (ดูด้านล่างเพื่อดูว่าคุณต้องส่งใบแจ้งยอดธนาคารหรือไม่*)

\$ _____

ยอดเงินคงเหลือในบัญชีออมทรัพย์ทั่วไป

\$ _____

ครอบครัวของคุณมีสินทรัพย์อื่น ๆ เหล่านี้หรือไม่ โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- ☐ ไม่มีสินทรัพย์
- ☐ หุ้น ☐ พันธบัตร ☐ 401K ☐ บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ

สำหรับผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่ไม่มีประกัน Medicaid Swedish อาจขอใบแจ้งยอดธนาคารหรือเอกสารที่มาจากแหล่งที่คล้ายกัน

*ต้องการข้อมูลนี้จากเฉพาะผู้รับผลประโยชน์ Medicare ที่ไม่มีประกัน Medicaid ด้วย สำหรับคนอื่น ๆ ข้อมูลนี้ไม่บังคับ ข้อมูลนี้จะสามารถถูกนำไปใช้ได้ตามนโยบายของเราและกฎข้อบังคับของรัฐที่คุณได้รับการดูแลรักษาอยู่เท่านั้น และรวบรวมและพิจารณาตามที่กำหนดโดยศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS) สำหรับการรายงานค่าใช้จ่ายของ Medicare

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลับ

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดแนบหน้าเอกสารเพิ่มหากมีข้อมูลอื่นเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันของคุณที่คุณต้องการให้เราทราบ เช่น ความยากลำบากทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาลที่มากเกินไป รายได้ตามฤดูกาลหรือชั่วคราว หรือการสูญเสียส่วนบุคคล

ข้อตกลงของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า Swedish อาจตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและรับข้อมูลจากแหล่งอื่นเพื่อช่วยในการพิจารณาคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากปรากฏว่าข้อมูลทางการเงินที่ให้นั้นเป็นเท็จ อาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน และข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบและถูกคาดหวังให้เป็นผู้จ่ายค่าบริการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่