

尊敬的患者及家屬：

本中心秉持創立使命及核心價值，持續致力於為任何人士提供健康照護，無論其是否能支付相關費用。

**本中心的慈善醫護/財務補助：**

支付醫療帳單有困難的情況。無法支付健康照護服務費用全部或部分金額的患者，可填妥本表格並繳回以申請財務補助。根據家庭人口數及收入，患者及家屬若符合特定收入規定，則可能符合免費照護或減低費用的資格，即使您有健康保險也是如此。

若要查看本中心的財務補助原則及按比例增減方針，請前往您居住州的網站：

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

**財務補助涵蓋哪些範圍？**財務補助包含由本中心一個單位所提供之醫療必要服務，這將依您的資格而有所不同。財務補助可能無法給付所有健康照護費用，包括其他機構所提供的服務。

**如果您在填寫本申請表格上有任何疑問或需要協助：**本中心財務補助原則、計劃的相關資訊，以及申請資料，都可透過中心網站或電話聯繫取得。本中心備有讓您成功取得資訊的任何協助，包括殘障人士及語言協助。請透過下列方式聯絡我們：

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

客戶服務代表專線：206-320-5300 或 877-406-0438，週一至週五上午 8:00 至下午 6:00

**為了能夠審理您的申請，請您務必提供：**

- 您家庭的相關資訊  
填寫您家中的人口數目 (包括  
因生育、姻親或收養而住在一起的人)
- 您家中每月總收入的相關資訊 (稅前和免稅前的收入金額)
- 宣告資產 (列於財務補助申請表單上)
- 請在必要時附上其他資訊
- 在財務補助表單上簽名並加註日期

**\*\*需要確認收入來源\*\***

請隨您的申請提交下列文件副本：

- 3 個月的受僱薪資單
- 家中所有成員的最近所得稅申報單
- 請提供財務補助申請表上所列之任何其他收入來源的證明文件

**注意：**申請財務補助時不一定要提供社會安全號碼。但提供社會安全號碼能加快您申請的處理速度。我們會使用您的社會安全號碼來確認您所提供的資訊。若您沒有社會安全號碼，請標示「不適用」或“NA”。

**郵寄填妥的申請表格及所有文件至 (請確認您本身有預留副本)：**

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

**若要親自送交您所填妥的申請表：**請前往您附近的醫院出納室

我們將在收到包括您收入證明的完整財務補助申請書後的 14 個日曆日內，向您通知最後判定的符合資格以及上訴權利 (如果適用)。

您的財務補助申請書一經提交，即表示您同意我們進行必要查詢作業來確認財務責任及相關資訊的正確性。

**我們希望能協助您。請盡速提交您的申請！  
在我們接獲您的資訊之前，您仍會收到帳單。**

## 慈善醫護/財務補助申請表 – 機密性質

請完整填妥所有資訊。若不適用，請填寫“NA”。請在必要時附上其他頁面。

### 篩選資訊

您是否需要口譯人員？  是  否 答案若為「是」，請列出您需要的語言服務：

患者是否已申請 Medicaid？  是  否 可能必須先申請該計劃，然後才能申請本財務補助

患者是否已接獲例如 TANF、Basic Food 或 WIC 等州立公共服務？  是  否

患者目前是否無家可歸？  是  否

患者的醫療照護需求是否與車禍或工作傷害有關？  是  否

### 請注意

- 即便您已提出申請，我們也不能保證您一定符合財務補助的資格。
- 一旦您寄出申請，我們會檢查所有資訊，並可能要求其他資訊或者收入證明。
- 我們將在收到您填妥的申請和文件後 14 個日曆日內，將您是否符合補助資格的結果通知您。

### 患者與申請資訊

患者名字	患者中間名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 (可註明 _____)	出生日期	社會安全號碼 (選填*) <small>*選填，但若要求的補助超過州立法規，則需提供</small>
負責支付帳單的人士	與患者的關係	出生日期 社會安全號碼 (選填*) <small>*選填，但若要求的補助超過州立法規，則需提供</small>
郵寄地址		主要聯絡人電話號碼 ( ) _____ ( ) _____
城市	州	郵遞區號
負責支付帳單人士的受僱情況 <input type="checkbox"/> 受僱 (雇用日期： _____) <input type="checkbox"/> 未受僱 (未受僱時間長達： _____) <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘障人士 <input type="checkbox"/> 退休人士 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )		

### 家庭資訊

列出您家中包括您在內的所有家庭成員。「家人」包括因生育、姻親或收養而住在一起的人。

家庭人口數 \_\_\_\_\_

*視需要提供其他頁面*

姓名	出生日期	與患者的關係	若年滿或超過 18 歲： 雇主姓名或收入來源	若年滿或超過 18 歲： 每月收入總金額 (稅前)：	是否也申請財務補助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必須揭示所有成年家庭成員的收入。例如，收入來源包括：

- 薪資 - 失業 - 自雇 - 工傷賠償 - 殘障人士 - SSI - 子女/配偶撫養費 - 工讀計劃 (學生) - 年金  
 - 退休帳戶配額 - 其他 (請說明 \_\_\_\_\_)

## 慈善醫護/財務補助申請表 – 機密性質

### 收入資訊

**請記住：**您必須隨本次申請一併繳交收入證明。

您必須提供家人收入相關資訊。收入必須通過確認才能判定財務補助資格。

所有年滿或超過 18 歲的家中成員收入都必須披露。若您無法提供文件，您必須以書面繳交說明收入情況的簽名聲明。請提供每筆已確認的收入來源證明。

收入證明的範例包括：

- 「W-2」所得稅扣繳憑單；或
- 最近薪資單 (3 個月)；或
- 去年所得稅申報單，包括附表(如果適用)；或
- 雇主或其他人士的書面簽名聲明；或
- Medicaid 和/或州屬醫療補助計劃資格批准/拒絕的證明；或
- 失業補助的批准/拒絕的證明。

若您沒有收入證明或沒有收入，請附上可茲說明的其他頁面。

### 支出資訊

我們會應用這份資訊來取得對您財務狀況的更完整瞭解。

每月家庭支出：

房租/貸款	\$ _____	醫療支出	\$ _____
保險費	\$ _____	水電瓦斯費	\$ _____
其他債務/支出	\$ _____	(子女撫養費、貸款、醫療費，及其他)	

### 資產資訊

若您的收入超過聯邦貧窮線的 200%，則我們會使用這份資訊。

最近支票帳戶餘額

\$ \_\_\_\_\_

最近存款帳戶餘額

\$ \_\_\_\_\_

您的家庭是否擁有其他資產？

**請勾選所有適用答案**

股票  債券  401K  健康儲蓄帳戶  信託

財產 (不包括主要住所)  經營公司

### 其他資訊

請附上任何您認為有助於我們更詳盡瞭解您目前財務情況的其他資料頁面，例如，財務困境、季節性或臨時性收入，或是個人損失。

### 患者協議

本人瞭解Swedish Health Services可透過審查信用資訊以及自其他來源取得相關資訊，來確認資訊，從而協助判定本人是否符合財務補助或付款計劃的資格。

本人確認上述資訊已盡本人所知所信且真實無誤。本人瞭解，若本人所提供的資訊經判定不真，則財務補助將被判定拒絕，且所使用的服務及付款責任將由本人承擔。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

