

## 慈善医疗/财务援助申请

尊敬的患者及家属：

我们秉持我们的使命及核心价值观，致力于为需要帮助的人们提供医疗服务，无论他们的支付能力如何。

### 我们的慈善医疗/财务援助：

支付医疗帐单可能会很困难。没有能力支付其全部或部分医疗服务的患者，可填写并返还此表格以申请财务援助。满足特定收入要求的患者及家庭可根据家庭的大小和收入申请免费医疗或降价医疗，即使您有医疗保险。

要查看我们的财务援助政策和变动区间准则，请访问所在州的网站：

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

**财务援助会支付哪些内容？** 财务援助会根据您的资格，支付由我们部门之一提供的具有医疗必要性的服务。财务援助可能不支付所有的医疗服务费用，包括由其他组织提供的服务。

**如果您有任何疑问或需要帮助，请填写此申请表：** 我们的财务援助政策、计划相关信息以及申请材料可通过我们的网站或电话获取。您可出于任何原因获取帮助，包括残疾和语言援助。下面是我们的联系方式：

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

客户服务代表联系方式：206-320-5300 或 877-406-0438 星期一至星期五上午 8:00 至下午 6:00

### 为了处理您的申请，您必须提供：

- 您的家庭信息**  
填写您家中的家庭成员人数（家庭中包括居住在一起的因出生、婚姻或收养而相互关联的人员）
- 您家庭的月收入总额信息**（税前及扣减前的收入）
- 申报资产**（如财务援助申请表上所列）
- 如有必要请附上其他资料**
- 签署财务援助表并注明日期**

### **\*\*收入来源需经过核实\*\***

请随申请表副本递交下列文件：

- 3 个月的劳动工资单
- 所有家庭成员最近填写的所得税申报单
- 请按照财务援助申请表上所列，提供所有其他收入来源的凭证

**注意：** 申请财务援助时您不必提供社会安全号码。如果您向我们提供您的社会安全号码，这将帮助我们加快您申请的处理速度。社会安全号码主要用来核实提供给我们信息。如果您没有社会安全号码，请标记为“不适用”或“NA”。

**请将填写好的申请表与所有文件邮寄到（请确保为自己保留一份副本）：**

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

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

**要当面递交您填写好的申请表，请：** 带到离您最近的医院出纳室

若可以，我们将在收到完整财务援助申请表（包括收入证明文件）十四个日历日内通知您申请资格的最终确定结果和上诉权利。

递交财务援助申请表即表示您同意我们在必要时进行调查以证实财务义务和信息。

**我们希望为您提供帮助。请立即递交您的申请表！  
在我们收到您的资料前，您可能会收到账单。**

## 慈善医疗/财务援助申请表 — 机密

请完整填写所有信息。如果所要求信息不适用，请写上“NA”。如有必要请用额外纸张填写。

### 筛选信息

您是否需要翻译人员？  是  否 如果是，请列出首选语言：

患者是否已申请 Medicaid？  是  否 在为您考虑申请财务援助之前可能需要申请该项目

患者是否接受过政府公共服务，如 TANF（贫困家庭临时救助）、Basic Food（基本食品补助）或 WIC（妇幼营养补助计划）？  是  否

患者目前是否无家可归？  是  否

患者所需的医疗服务是否与车祸或工伤有关？  是  否

### 请注意

- 即便您提出申请，我们也不能保证您有资格获得财务援助。
- 在您寄出申请表后，我们会核查所有信息并可能要求您提供其他信息或收入凭证。
- 在我们收到您填好的财务援助申请表和文件后的 14 个日历日内，我们将通知您是否有资格获得援助。

### 患者及申请者信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他（需说明_____）	出生日期	社会安全号码（选填*） <small>*选填，但若获得高于州法律要求的更加慷慨的援助，则需填写</small>
支付账单负责人	与患者关系	出生日期 社会安全号码（选填*） <small>*选填，但若获得高于州法律要求的更加慷慨的援助，则需填写</small>
邮寄地址 _____ _____ _____		主要联系电话 ( ) _____ ( ) _____ 电子邮件地址： _____
城市	州	邮政编码
支付账单负责人的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业（雇用日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业时间：_____） <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他(_____)		

### 家庭信息

列出您家中包括您在内的家庭成员。“家庭”包括了生活在一起的因出生、婚姻或收养而相互关联的人员。

家庭大小 \_\_\_\_\_

如有必要请用额外纸张填写

姓名	出生日期	与患者关系	年满 18 岁： 雇主名称或收入来源	年满 18 岁： 月收入总额（税前）：	同样申请财务援助？
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

必须提供所有成年家庭成员的收入信息。例如，收入来源包括：

- 工资 - 失业 - 自雇 - 工伤赔偿 - 残疾 - SSI（生活补助金） - 子女或配偶赡养费 - 勤工俭学（学生）  
- 养老金 - 退休帐户取款 - 其他（请说明\_\_\_\_\_）

# 慈善医疗/财务援助申请表 — 机密

## 收入信息

记住：请随您的申请表附上收入凭证。

您必须提供您的家庭收入信息。为确定是否可获得财务援助，需要对收入进行核实。

**所有年满 18 岁的家庭成员必须提供他们的收入信息。如果您不能提供证明文件，您需要递交一个书面签署的声明来描述您的收入。请提供每项已确定收入来源的凭证。**

例如，收入凭证包括：

- “W-2” 扣款明细表；或
- 当前的工资单（3 个月）；或
- 去年的所得税申报单，若可以还包括所有附表；或
- 由雇主或他人签署的书面声明；或
- Medicaid 和/或州立医疗援助资格的批准/拒绝文件；或
- 失业补偿金的批准或拒绝文件。

若您没有收入凭证或没有收入，请在额外纸张上说明情况。

## 支出信息

我们通过此信息更全面地了解您的财务状况。

每月家庭支出：

房租/房贷	\$ _____	医疗支出	\$ _____
保险费	\$ _____	水电费	\$ _____
其他债务/支出	\$ _____	(子女抚养费、贷款、医药费等)	

## 资产信息

如果您的收入高于联邦贫困指南的 200%，请填写此信息。

当前支票账户余额

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

当前储蓄账户余额

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

您的家庭是否还有下列其他资产？

**请勾选所有适用项**

- 股票    债券    401K    医疗储蓄账户    信托财产  
 房产（主要住宅除外）    拥有企业

## 其他信息

若您还有关于当前财务状况的其他信息想让我们知道，如经济困难、季节性/临时性收入或个人损失，请用额外纸张填写。

## 患者同意

我了解 Swedish Health Services 可能会通过评估信用信息来核实信息，并从其他来源获取信息，以协助确定是否符合财务援助或支付计划的资格。

我声明，尽我所知，上述信息均正确属实。我了解，如果此信息被确定为虚假信息，我的财务援助申请将被拒绝，并且我将负责支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期