***[Hospital/system name/logo]***

**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。*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**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：** [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] 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：**[*Hospital name and address]*。 请您务必保留一份副本。

**要亲自提交完整的申请：**[*Department/office, address, hours, phone]*

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。**

***[Hospital/system name/logo]***

**慈善医疗福利/经济援助申请表格 — 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 TANFBasic 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 |
| □ 男性 □ 女性  □其他（可以指定\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | 出生日期 | | 患者社会安全号码（可选\*）  *\*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* |
| 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\*）  *\*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* |
| 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  □ **就业**（雇用日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ **失业**（失业时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）  □ **自谋职业** □ **学生** □ **残障** □ **已退休** □ **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）* | | | | | |

***[Hospital/system name/logo]***

**慈善医疗福利/经济援助申请表格 — 机密**

|  |
| --- |
| **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 |