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

**慈善醫療福利/經濟援助申請表格說明**

這是 [*hospital or system name]* 的經濟援助（也是慈善醫療福利）申請。

**華盛頓州要求所有醫院**向對符合特定收入要求的人員和家庭**提供經濟援助**。根據家庭規模和收入，您可能符合資格獲得免費治療或減價治療，即使您有健康保險。*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**經濟援助涵蓋哪些內容呢？** 根據您的資格，醫院經濟援助涵蓋 [*hospital/health system, clinics, etc]* 所提供基於醫院的適當服務。經濟援助可能不涵蓋所有醫療保健費用，其中包括其他組織提供的服務。

**如果您有疑問或需要協助完成此申請：** [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] 您可以出於任何原因獲得協助，包括殘障和語言援助。

**為了使您的申請被處理，您必須：**

**□ 向我們提供您家庭的相關資訊**

填寫您家裡的家庭成員數（家庭包括因出生、婚姻或收養關係而居住在一起的人員）

**□ 向我們提供您家庭每月總收入（扣除稅款和扣減項目之前的收入）的相關資訊**

**□ 提供家庭收入證明文件並宣告資產**

**□ 如果需要則附加其他資訊**

**□ 表格簽字並註明日期**

**註：** **申請經濟援助無需提供社會安全號碼。**如果您向我們提供社會安全號碼，它將有助於提高申請處理速度。 社會安全號碼用來驗證向我們提供的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請標註「不適用」或「NA」。

**將完成的申請與所有證明文件一起郵寄或傳真至：**[*Hospital name and address]*。 請務必為自己保留副本。

**要親自提交完成的申請：**[*Department/office, address, hours, phone]*

我們將在收到完成的經濟援助申請（包括收入證明文件）後 14 個日曆天內通知您資格的最終決定和上訴權利（如果適用）。

提交經濟援助申請，即表示您同意我們進行必要的調查，以確認金融債務和資訊。

**我們想要提供協助。 請及時提交申請！**

**在我們收到您的資訊之前，您可能會收到帳單。**

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

**慈善醫療福利/經濟援助申請表格 — 機密**

*請完整填寫所有資訊。 如果不適用，請寫「NA」。 如果需要請附加額外頁面。*

|  |
| --- |
| **篩選資訊** |
| 您需要一名口譯員嗎？ □ **是** □ **否** *如果是，請列出首選語言：* |
| 患者是否已申請 Medicaid？ □ **是** □ **否** *在考慮經濟援助之前可能需要申請* |
| 患者是否接受州公共服務，例如 TANF、Basic Food 或 WIC？ □ **是** □ **否** |
| 患者現在是否無家可歸？ □ **是** □ **否** |
| 患者的醫療護理需要是否與交通事故或工傷事故相關？ □ **是** □ **否** |
| **請注意** |
| * 我們不能保證您申請就一定符合資格獲得經濟援助。 * 在您寄送申請後，我們會檢查所有資訊，並且可能要求其他資訊或收入證明。 * 在我們收到您完成的申請和證明文件後的 14 個日曆天內，我們將通知您是否符合資格獲得援助。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者和申請人資訊** | | | |
| 患者的名字 | 患者的中間名 | | 患者的姓氏 |
| □ 男性 □ 女性  □其他（可以指定\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | 出生日期 | | 患者社會安全號碼（可選\*）  *\*可選，但在州法律需求之外更慷慨的援助則需要該項* |
| 負責支付帳單的人員 | 與患者的關係 | 出生日期 | 社會安全號碼（可選\*）  *\*可選，但在州法律需求之外更慷慨的援助則需要該項* |
| 郵寄地址  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  市 州 郵遞區號 | | | 主要連絡人電話號碼  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  電子郵寄地址：  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 負責支付帳單的人員的就業狀況  □ **就業**（雇用日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ **失業**（失業時間長度：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）  □ **自由職業** □ **學生** □ **殘障** □ **已退休** □ **其他** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭資訊** | | | | | |
| 列出您家裡的家庭成員，包括您在內。「家庭」包括因出生、婚姻或收養關係而居住在一起的人員。  **家庭規模** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*如果需要請附加額外頁面* | | | | | |
| 姓名 | 出生日期 | 與患者的關係 | 如果年滿 18 歲： 雇主姓名或收入來源 | 如果年滿 18 歲： 每月總收入（稅前）： | 也申請經濟援助？ |
|  |  |  |  |  | 是 / 否 |
|  |  |  |  |  | 是 / 否 |
|  |  |  |  |  | 是 / 否 |
|  |  |  |  |  | 是 / 否 |
| **必須公開所有成年家庭成員的收入。收入來源包括，例如：**  - 薪資 - 失業 - 自我雇用 - 工傷賠償金 - 殘障 - SSI - 孩子/配偶贍養費  - 工作學習計劃（學生） - 退休金 - 退休帳戶分配 - 其他*（請解釋 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）* | | | | | |

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

**慈善醫療福利/經濟援助申請表格 — 機密**

|  |
| --- |
| **收入資訊** |
| ***請記住：*** *您的申請中必須包括收入證明。* |
| **您必須提供家庭收入相關資訊。可判別經濟援助需要的收入證明。**  **所有年滿 18 歲的家庭成員都必須公開其收入。如果您無法提供證明文件，則可以提交書面形式的已簽署聲明，記載您的收入。請為每個確定的收入來源提供證明。**  **收入證明的例子包括：**   * 「W-2」扣繳稅款清單；或者 * 最新的工資單（*最低必要項，不超過 3 個月*）；或者 * 上一年的所得稅申報表，其中包括明細表（如果適用）；或者 * 雇主或他人提供的書面形式的已簽署聲明；或者 * Medicaid 和/或州資助的醫療援助資格的批准/拒絕；或者 * 失業賠償金資格的批准/拒絕。   如果您沒有收入證明或者沒有收入，請附加額外頁面進行解釋。 |

|  |
| --- |
| **消費資訊** |
| *我們使用此資訊，以更全面地瞭解您的經濟狀況。* |
| 每月家庭支出：  租金/抵押 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元 醫療費用 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元  保險費 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元 公用事業費 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元  其他債務/支出 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元 （*孩子贍養費、貸款、藥物、其他*） |

|  |  |
| --- | --- |
| **資產資訊** | |
| *如果您的收入超出聯邦貧困指標的 300%，則使用此資訊。* | |
| 當前支票帳戶餘額  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元  當前儲蓄帳戶餘額  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_美元 | 您的家庭有其他資產嗎？  **請勾選所有適用項**  □ 股票 □ 債券 □ 401K □ 健康儲蓄帳戶 □ 信託基金  □ 房地產（排除主要住房） □ 擁有公司 |

|  |
| --- |
| **其他資訊** |
| 如果您有關於當前經濟狀況的其他資訊（例如經濟困難、龐大的醫療支出、季節性或臨時收入或個人損失），想要告知我們，請附加額外頁面。 |

|  |
| --- |
| **患者協議** |
| 我瞭解 [*Hospital/system Name*] 可通過審查信用資訊和從其他來源獲取資訊來驗證資訊，從而説明確定經濟援助或付款計劃的資格。  我確認據我所知，上述資訊正確無誤。我瞭解如果我提供虛假財務資訊，結果可能是經濟援助遭拒，我可能要負責和被預期支付所提供服務的費用。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  申請者簽名 日期 |