



慈善醫療福利/經濟援助申請表格說明

這是 CHI Franciscan Health 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，即使您有健康保險，您仍可能符合資格獲得免費治療。根據美國衛生與公眾服務部每年公佈的指南定義，經濟援助是提供給家庭年收入低於或等於聯邦貧困水平 300% 的人。指南連結：<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>
<https://www.chifranciscan.org/financialassistance>

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 CHI Franciscan Health 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：請造訪您醫院的資格與註冊服務辦公室，或致電 844-286-5546。您可以出於任何原因獲得協助，包括殘障和語言援助。

為了讓您的申請順利處理，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
- 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以下地址。請務必為自己保留副本。

CHI Franciscan Rehabilitation Hospital

815 South Vassault Street

Tacoma, WA 98465

Phone: 253-444-3320

Fax: 253-444-3330

若要親自提交完成的申請，請造訪您當地 CHI Franciscan Health 的資格與註冊服務辦公室。

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。



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 在考慮您是否有資格獲得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
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 就業 (雇用日期：_____) <input type="checkbox"/> 失業 (失業時間長度：_____) <input type="checkbox"/> 自由職業 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 已退休 <input type="checkbox"/> 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：僱主姓名或收入來源	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 - 自雇 - 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_____）

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（**1 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）	

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。

帳戶號碼

帳戶號碼：_____

患者協議

我瞭解 CHI Franciscan Health 可透過審查信用資訊和從其他來源獲取資訊來驗證資訊，以協助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