

慈善医疗/财务援助申请表说明

此为 St. Joseph Health 的财务援助 (又称慈善医疗) 的申请表。

联邦及加州法例规定所有医院提供财务援助，以匡济符合收入要求的个人和家庭。即使你已经拥有健康保险，根据你的家庭人口和收入，也可能有资格获得免费或折价的医疗护理。请上网到本院特定的网站 <https://www.stjhs.org> 浏览我们的财务援助政策和浮动费率指南。

财务援助的涵盖范围？ 医疗财务援助涵盖由我们其中一家医院根据你的资格提供的必要性医院护理。财务援助不涵盖全部的医疗保健费用，包括由其他机构提供的服务。

如果你有问题或者需要协助填写表格： 我们的财务援助政策、有关计划的资讯，以及申请材料都可以通过我们的网站或致电获得。无论理由如何，你都可以获得协助 (包括残障和语言方面)。我们可应要求提供书面文件的翻译版。以下是我们的联系方式：<https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>
致电客户服务代表：707-525-5228

为了处理你的申请，你必须：

- 向我们提供你的家庭讯息**
填写你的家庭成员人数 (家人包括通过血缘、婚姻，或领养建立关系并住在一起的人)
- 向我们提供你家庭的每月总收入 (缴税和抵扣前的收入)，包括薪单、W-2 表格、报税表，社安金批准信件……等等**
(请参阅财务援助申请表「收入」部分中的其他例子)
- 提供家庭收入文件并申报资产**
- 如有需要，请附加其他讯息**
- 在财务援助申请表上签字并写上日期**

注意：你不必提供社会安全号以申请财务援助。如果你向我们提供社会安全号，将有助加快你的申请处理速度。社会安全号是用来验证你向我们提供的讯息。如果你没有社会安全号，请注明“不适用”或“NA”。

请将填妥的申请表连同所有证明文件寄到： Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance, P.O. Box 4119, Santa Rosa, CA 95402。请务必为自己保留一份副本。

欲亲自提交填妥的申请表： 请前往业务办公室。

在收到完整的财务援助申请表，包括收入证明文件的 30 天内，我们会通知你最终的判定及上诉权利 (如适用)。

一旦提交财务援助申请表，即表示你同意我们进行有必要的查询以确定有关财务责任及讯息。

让我们来帮助你。请尽快提交你的申请表！
在我们收到你的讯息以前 你可能还会收到账单。

慈善医疗/财务援助申请表 — 保密

请完整填写全部讯息。如不适用，请填写“NA”。如有需要可另加附页。

筛选讯息

你是否需要口译员？ 是 否 如回答是，请列出首选语言：

患者是否申请了医疗补助计划 (Medicaid)？ 是 否

患者是否接受加州公共服务如贫困家庭临时援助 (TANF)、基本粮食 (Basic Food)，或妇孺特别补充营养计划 (WIC)？ 是 否

患者目前是否无家可归？ 是 否

患者的医疗护理需要是否与车祸或工伤有关？ 是 否

请注意

- 即使你提出了申请，我们也不能保证您有资格获得财务援助。
- 你的申请一旦送出，我们可能会检查所有讯息并要求提供额外讯息或收入证明。
- 在收到完整的申请表和证明文件的 30 天内，我们会通知你是否符合资格获得援助。

患者及申请人讯息

| | | |
|---|--------|--|
| 患者名字 | 患者中间名字 | 患者姓氏 |
| <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明 _____) | 出生日期 | 患者社会安全号 (可选项目*) <small>* 自愿提供，但如欲获得高于加州法例所订的更慷慨援助则需提供</small> |
| 负责支付帐单的人士 | 与患者的关系 | 出生日期 |
| | | 社会安全号 (可选项目*) <small>* 自愿提供，但如欲获得高于加州法例所订的更慷慨援助则需提供</small> |
| 通讯地址 _____ _____ | | 主要联络电话号码 () _____ () _____ 电邮地址： _____ |
| 城市 | 州 | 邮政编码 |
| 负责支付帐单者的就业状况 | | |
| <input type="checkbox"/> 受雇 (聘用日期：_____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业多长时间：_____) | | |
| <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____) | | |

家庭讯息

列出你家中的家庭成员，包括你自己。“家人”包括通过血缘、婚姻，或领养建立关系并住在一起的人。

家庭人口 _____

如有需要可另加附页

| 姓名 | 出生日期 | 与患者的关系 | 如年满 18 岁： (全部) 雇主名称或 | 如年满 18 岁： 每月总收入 (税前)： | 是否也在申请财务援助？ |
|----|------|--------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| | | | | | 是 / 否 |
| | | | | | 是 / 否 |
| | | | | | 是 / 否 |
| | | | | | 是 / 否 |

所有成年家庭成员的收入都必须披露。收入来源包括以下例子：

- 工资 - 失业金 - 自雇收入 - 劳工赔偿 - 残障福利 - 补充社会安全金 (SSI) - 儿童/配偶赡养费
- 工读计划 (学生) - 养老金 - 退休帐户分发金 - 其他 (请注明_____)



慈善医疗/财务援助申请表 — 保密

收入讯息

切记：你的申请表必须随附收入证明。

你必须提供有关你的家庭收入的讯息。财务援助资格审核要求检收入。

所有年满 18 岁的家庭成员都必须披露其收入。如果你不能够提供文件，你可提交一份书面的签字声明，在当中描述你的收入。请为已指出的每一项收入来源提供证明。

收入来源证明举例：

- 一张“W-2”扣缴凭单；或
- 现时的薪水单 (3 个月)；或
- 去年的所得税申报表，包括所有附表 (如适用)；或
- 来自雇主或其他人士的书面签字声明；或
- Medicaid 及/或加州资助的医疗援助计划的资格批准/否决通知；或
- 失业补偿的资格批准/否决通知

如果你没有收入证明或无收入，请于附加页面详加说明。

开支讯息

我们使用此讯息以更加全面了解你的财务状况。

每月家庭开支：

| | | | |
|---------|-------------------------|------|----------|
| 租金/房贷供款 | \$ _____ | 医疗开支 | \$ _____ |
| 保险费 | \$ _____ | 物业帐单 | \$ _____ |
| 其他债务/开支 | \$ _____ (子女抚养费、贷款、药物等) | | |

资产讯息

如果你的收入高于联邦贫困线的 101%，此讯息则可能会被使用。

目前支票帐户结余

\$ _____

目前储蓄帐户结余

\$ _____

你的家庭是否拥有这些资产？

请勾选所有合适项目

- 股票 债券 401K 健康储蓄帐户 信托
 物业（除主要居所外） 拥有一家企业

额外讯息

请附加额外页面，如果你想让我们知道有关你目前财务状况的其他讯息，例如经济困难、医疗费用过高、季节性或临时性收入，或者个人损失。

患者同意书

本人明白 St. Joseph Health 会查阅信用讯息并从其他来源获取讯息进行验证，以助审核财务援助或支付计划的申请。

本人确认上述讯息据本人所知皆为真实和正确。本人明白如本人提供的财务讯息被判断为虚假，结果可能是财务援助申请被否决，而本人或需负责并支付已提供的服务。

申请人签字

日期