

# 财政援助 申请表说明

本表为 PeaceHealth 的财政援助（也称慈善关怀）申请表。

PeaceHealth 按照州和联邦要求，向符合一定收入要求的人士和家庭提供财政援助。根据您的家庭规模和收入，您可能有资格获得费用护理费用减免。如需查看 PeaceHealth 财政援助政策和附加信息，请访问 [peacehealth.org](http://peacehealth.org)。

## 财政援助涵盖哪些项目？

医院财政援助涵盖 PeaceHealth 提供的相应医院服务，具体取决于您的资格。财政援助可能无法涵盖包括其他组织提供服务在内的所有医疗费用。

**如果您有疑问或需要帮助填写本申请：**请致电 877-202-3597。您可以出于任何原因获得帮助，包括残疾和语言协助。

## 为了使您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供您的家庭信息  
填写您家中的家庭成员人数（家人包括住在一起的有出生、婚姻或收养关系的人员）
- 提供我们有关您家庭每月总收入的信息（税前和扣费钱收入）
- 提供家庭收入证明文件并申报资产
- 随附其他信息（如需要）
- 在表格上签名并注明日期

**注意：您不必提供社会安全号即可申请财政援助。**如果您提供我们您的社会安全号，将有助于加快申请表的处理。社会安全号用于验证提供给我们信息。如果您没有社会安全号，请注明“不适用”或“NA”。

**将填好的申请连同所有证明文件通过邮件或传真发送至：**  
PeaceHealth Patient Financial Services, 1115 SE 164th Ave.  
Dept 334 (FAP) Vancouver, WA 98683  
传真：360-729-3047。请务必自行保留一份副本。

**如需亲自递交填好的申请：**请致电 (877) 202-3597。

我们会在收到填好的财政援助申请表（包括收入证明文件）的 14 个日历日后，通知您最终的资格和上诉权利裁定（如适用）。

*您提交财政援助申请，即表明同意我们开展确认财政义务和信息必要调查。*



**我们希望提供帮助。请及时提交您的申请！  
我们收到您的信息后，您才会收到账单。**

# PeaceHealth 财政援助申请表 — 机密

请完整填写所有信息。如不适用, 请写“NA”。如需要请附补充页。

## 筛查信息

您是否需要译员?  是  否 如果是, 请列出首选语言: \_\_\_\_\_

患者是否已申请联邦医疗补助 (Medicaid)?  是  否 在考虑提供财政援助之前可能需要申请

患者是否接受了国家公共援助服务, 例如 TANF、Basic Food 或 WIC?  是  否

患者目前是否无家可归?  是  否

患者的医疗需求是否与车祸或工伤有关?  是  否

## 请注意

- 即使您申请, 我们也无法保证您将资格获得财政援助。
- 您寄送申请后, 我们会核对所有信息, 并可能要求您提供额外信息或收入证明。
- 在我们收到您完整填写的申请和证明文件后的 14 个日历日内, 我们会告知您是否符合援助资格。

## 患者和申请信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他可指明: _____	出生日期	社会安全号 可选的	
账单支付人	与患者的关系	出生日期	社会安全号 可选的
邮寄地址	主要联系电话 (____) _____ (____) _____		
市	州	邮编	电子邮件地址: _____

账单支付人的就业状况

受雇 受雇日期: \_\_\_\_\_  失业 失业时间: \_\_\_\_\_

自雇  学生  残疾  退休  其他:

## 家庭信息

请列出您家中包括您在内的家庭成员。  
“家人”包括住在一起的有出生、婚姻或  
收养关系的人员。

如需要, 使用第 4 页上的  
其他家庭信息部分

家庭规模 \_\_\_\_\_

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):	也在申请财政援助?

所有成年家庭成员的收入必须披露。收入来源包括, 例如:

工资 ■ 受雇 ■ 自雇 ■ 劳工赔偿 ■ 残疾 ■ 社会保障 (SSI) ■ 子女/配偶工作学习计划 (学生) ■ 养老金  
■ 退休账户收入 ■ 其他: 请解释: \_\_\_\_\_

# PeaceHealth 财政援助申请表 — 机密

## 收入信息

**请记住：** 您的申请材料中必须包括收入证明。

您必须提供家庭收入信息。确定财政援助需要核实收入。

所有年满 **18** 岁家庭成员的收入必须披露。如果您无法提供文件，可以提交描述您收入状况的书面签字声明。请提供各项可辨认收入来源的证明。收入证明的范例包括：

- “W-2”扣缴声明；或
- 目前的工资单（3个月）；或
- 去年的所得税申报表，包括明细表（如适用）；或
- 雇主或其他人的书面签字声明；或
- Medicaid 和/或州资助的医疗援助的批准/拒绝文件；或
- 享受失业补偿金的批准/拒绝文件。

如果您没有收入或没有收入证明，请解释附加其他页面。

## 资产信息

如果您的收入在联邦贫困线的 200% 以上，可使用该信息。

活期账户余额

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

活期储蓄账户余额

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

您的家人是否有其他资产？

**请勾选所有适用项**

- 股票       债券       401K       健康储蓄帐户       信托
- 物业（不包括主要住所）       拥有企业

## 其他信息

如果你目前的财务状况，你想我们都知道，如经济困难，过多的医疗费用，季节性或临时性的收入，或个人损失等信息，请使用额外的页面。

## 患者协议

本人理解 PeaceHealth 可能通过审查信用信息并从其他来源获得信息进行信息核实，以帮助确定财政援助或付款计划的资格。

本人确认上述信息就本人所知真实无误。本人理解，如果提供虚假信息，将被拒绝给予财政援助，且所提供服务的费用将需本人自付。

\_\_\_\_\_  
申请人签字

\_\_\_\_\_  
日期

## 家庭信息续 (如需要)

请列出您家中包括您在内的家庭成员。

“家人”包括住在一起的有出生、婚姻或收养关系的人员。

如需要请附补充页

### 家庭规模

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)：	也在申请财政援助？

所有成年家庭成员的收入必须披露。收入来源包括，例如：

工资 ■ 受雇 ■ 自雇 ■ 劳工赔偿 ■ 残疾 ■ 社会保障 (SSI) ■ 子女/配偶工作学习计划 (学生) ■ 养老金

■ 退休账户收入 ■ 其他：请解释：\_\_\_\_\_

## 其他信息

如果您希望我们了解有关您当前财务状况的其他信息，例如财务困难、过多医疗费用、季节性或临时收入或个人损失，请使用本部分。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---