

财务援助申请表说明

本申请适用于 PeaceHealth 的财务援助（也称为慈善关怀）。

PeaceHealth 依据州和联邦要求提供财务援助，对象是满足特定收入要求的人群和家庭。即便您有健康保险，您或许亦有资格获得免费或优惠医疗护理，具体取决于您的家庭人数和收入状况。欲查看 PeaceHealth 的财务援助政策和其他信息，请访问 peacehealth.org。

财务援助涵盖什么内容？

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。财务援助可能不会涵盖所有医疗保健费用，包括由其他组织所提供服务的费用。

如果在填写本申请表时遇到问题或者需要帮助：请联系客户服务部，电话：(877) 202-3597。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残疾和语言协助。

为便于处理您的申请，您必须：

- 为我们提供您的家庭信息
填写家庭成员人数（家庭包括在一起生活的具有血缘、婚姻或领养关系的人）
- 为我们提供您的每月家庭总收入信息（扣缴税费及其他款项之前的收入）
- 提供有关家庭收入的文件
- 如果需要，请附上其他信息
- 签署表格并注明日期

注意：申请财务援助不必提供社会安全号码。如果为我们提供您的社会安全号码，将有助于加快处理申请的速度。社会安全号码用于核实向我们提供的信息。如果没有社会安全号码，请标记“不适用”或“NA”。

请将申请连同所有文件通过邮寄、电子邮件或传真方式发送至：PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632。电子信箱：financialassistance@peacehealth.org 传真：(360) 729-3047。请务必自行保留好副本。

要亲自提前填妥的申请：请联系客户服务部了解最近的接送地点，电话：(877) 202-3597。

我们将在收到完整财务资助申请（包括收入文件）后的 14 个日历日内，通知您有关资格和上诉权利的最终决定（如果适用）。

一旦提交财务援助申请，即表示您同意我们进行必要的查询，以便确认财务义务和信息。

我们需要帮助。请及时提交申请！
在我们收到您的信息之前，您可能还会收到账单。

22-ADMIN-373800



PeaceHealth 财务援助申请表 - 机密

请回答所有问题。如果不适用，请填写“不适用”。如果需要，请另附纸张。

请将填妥的申请表邮寄至：PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

筛选信息

您是否需要口译员？ 是 否 如果需要，请列出首选语言：_____

患者是否接受州公共援助服务，例如 Medicaid、TANF、Basic Food 或 WIC？（选填） 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车祸或工伤有关？ 是 否

请注意

- 即使您提出申请，我们也无法保证您一定有资格获得财务援助。
- 一旦您寄出申请，我们可能会检查所有信息，并且可能要求您提供其他信息或收入证明。

患者及申请人信息

患者名字	患者中间名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 请说明：	出生日期	社会安全号码（非必填）
负责支付账单之人	与患者的关系	出生日期
备注：您在申请财务援助时无需提供社会安全号码		
邮寄地址	主要联系号码	
市	州	邮政编码
_____) _____ 电子邮件地址：		

负责支付账单之人的就业状况

- 在职 受聘日期：_____ 失业 失业时长：_____
- 个体经营者 学生 残疾人士 退休人员 其他：

家庭信息

请列出您的家庭成员，包括您本人。“家庭”包括具有血缘、婚姻或领养关系的同住之人。家庭人数 _____ 如有需要，请另附纸张。

姓名	出生日期	与患者的关系	如果已年满 18 岁： 雇主名称或 收入来源	如果已年满 18 岁： 每月合计总收入 (税前)：	也想申请财务 援助？

请务必提供所有成年家庭成员的收入信息和证明，随附于填妥的申请表中。收入来源示例如下：

- 工资 ■ 失业救济金 ■ 个体经营收入 ■ 工伤赔偿金 ■ 伤残补贴金 ■ SSI ■ 子女抚养费/配偶赡养费 ■ 勤工助学计划（学生）
- 养老金 ■ 退休账户分配额 ■ 其他 请说明：

其他信息

如果您希望向我们提供有关您当前财务状况的其他信息，例如财务困难、超额医疗费用、季节性或临时性收入或者个人损失，请另附纸张。

患者同意书

- 本人了解，PeaceHealth 可能通过审查信用信息以及从其他来源获取信息来核实信息，以便协助确定获得财务援助或付款计划的资格。
- 本人确认，就本人所知，上述信息均真实且准确。本人了解，如果本人提供的信息被确定为虚假信息，将导致本人的财务援助申请被拒，并且本人将负责并必须为提供的服务支付费用。
- 一旦提交财务援助申请，即表明您同意我们进行必要的问询，以便确认财务义务和信息。

申请人签名 _____

日期 _____

如果填写本申请表时遇到问题或者需要帮助：请致电 877-202-3597 与客户服务部联系。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残和语言协助。如需查看 PeaceHealth 的财务援助政策及其他信息，请访问 peacehealth.org。

请将填妥的申请表邮寄至：PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632