



## 慈善医疗福利/经济援助申请表说明

这是 CHI Franciscan Health 的经济援助（也称为慈善医疗福利）申请。

**华盛顿州要求所有医院**向符合特定收入要求的人员和家庭**提供经济援助**。根据家庭规模和收入，您可能有资格获得免费治疗，即使您已有健康保险。对于家庭年收入低于或等于联邦贫困线的人员将提供经济援助，该贫困线由美国卫生与人类服务部每年发布的指南决定。指南链接为：<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>  
<https://chifranciscan.org/financialassistance>

**经济援助涵盖哪些内容？**根据您的资格，医院经济援助涵盖 CHI Franciscan Health 所提供的基于医院的适当服务。经济援助可能不涵盖所有医疗保健费用，其中包括其他组织提供的服务。

**如果您有疑问或需要帮助以完成此申请：**请访问您所在医院的援助资格与注册服务办公室，或致电 844-286-5546。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残障和语言援助。

**为了让您的申请得到处理，您必须：**

- 向我们提供您家庭的相关信息**  
填写您家中的家庭成员数（家庭成员包括因出生、婚姻或收养关系而住在一起的人）
- 向我们提供您家庭每月总收入（扣除税款和扣减项目之前的收入）的相关信息**  
提供家庭收入证明文件
- 如果需要则附上其他信息**
- 在表格上签字并注明日期**

**注：申请经济援助无需提供社会保障号码。**如果您向我们提供社会保障号码，它将有助于提高申请的处理速度。我们会利用社会保障号码来验证向我们提供的信息。如果您没有社会保障号码，请注明“不适用”或“NA”。

将完整的申请与所有证明文件一起邮寄或传真至以下地址。请您务必保留一份副本。

**St Joseph Medical Center**  
**EES Department**  
**1717 South J Street**  
**MS 10-30**  
**Tacoma, WA 98405**  
**Fax (253) 396-6746**  
**Phone (844) 286-5546**

要亲自提交完整的申请，请访问您当地 CHI Franciscan Health 的资格和注册服务部。

我们将在收到完成的经济援助申请（包括收入证明文件）后 14 个日历天内通知您资格的最终决定和上诉权利（如果适用）。

提交经济援助申请，即表示您同意我们进行必要的调查，以确认财务义务和信息。

**我们希望能提供帮助。请及时提交申请！**  
**在我们收到您的信息之前，您可能会收到账单。**



## 慈善医疗福利/经济援助申请表格 – 机密

请完整填写所有信息。如果不适用，请填写“NA”。如果需要，请附加额外页面。

### 筛选信息

您是否需要口译员？  是  否 如果是，请列出首选语言：

患者是否已申请 Medicaid？  是  否 在考虑经济援助之前可能需要申请

患者是否接受州公共服务，例如 TANF、Basic Food 或 WIC？  是  否

患者目前是否无家可归？  是  否

患者的医疗护理需求是否与交通事故或工伤事故相关？  是  否

### 请注意

- 我们不能保证您申请就一定有资格获得经济援助。
- 在您寄送申请之后，我们会检查所有信息，并且可能会需要其他信息或收入证明。
- 在我们收到您完整的申请和证明文件后 14 个日历天内，我们将通知您是否有资格获得援助。

### 患者和申请人信息

患者的第一个名字	患者的中间名	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	患者社会保障号码（可选*） <small>*可选，但若需要高于州法律要求的更慷慨援助，则必须提供此项信息</small>
负责支付账单的人员	与患者的关系	出生日期 社会保障号码（可选*） <small>*可选，但若需要高于州法律要求的更慷慨援助，则必须提供此项信息</small>
邮寄地址 _____ _____ _____ 市州邮政编码		主要联系人电话号码 ( ) _____ ( ) _____ 电子邮件地址： _____
负责支付账单人员的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业（雇用日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业时间：_____） <input type="checkbox"/> 自谋职业 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 已退休 <input type="checkbox"/> 其他(_____)		

### 家庭信息

列出您家中的家庭成员，包括您在内。“家庭”包括因出生、婚姻或收养关系而住在一起的人。

家庭规模 \_\_\_\_\_

如果需要，请附上额外页面

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）：	同时申请经济援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须公开所有成年家庭成员的收入。收入来源包括，例如：

- 薪资 - 失业 - 自谋职业 - 工伤赔偿金 - 残障 - SSI - 孩子/配偶的赡养费

- 工作学习计划 (学生) - 退休金 - 退休账户分配 - 其他 (请解释\_\_\_\_\_)

**慈善医疗福利/经济援助申请表格 — 机密****收入信息***谨记：您的申请中必须包括收入证明。***您必须提供家庭收入相关信息。判定经济援助需要收入证明。****所有年满 18 岁的家庭成员都必须公开其收入。如果您无法提供证明文件，则可以提交书面签署声明，说明您的收入。****请为每项确定的收入来源提供证明。****收入证明样例包括：**

- "W-2" 扣缴税款清单；或者
- 最新的工资单 (1 个月)；或者
- 上一年度所得税申报表，其中包括明细表 (如果适用)；或者
- 雇主或他人提供的书面签署声明；或者
- Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝；或者
- 失业赔偿金资格的批准/拒绝。

如果您没有收入证明或者没有收入，请附上额外页面并进行解释。

**消费信息***我们使用此信息，以更为全面地了解您的经济状况。***每月家庭支出：**

租金/抵押 \_\_\_\_\_ 美元

医疗费用 \_\_\_\_\_ 美元

保险费 \_\_\_\_\_ 美元

公用事业费 \_\_\_\_\_ 美元

其他债务/支出 \_\_\_\_\_ 美元 (孩子的赡养费、贷款、药物、其他)

**其他信息**

如果您有关于当前经济状况的其他信息 (例如经济困难、庞大的医疗支出、季节性或临时收入或个人损失) 想要告知我们，请附上额外页面。

**帐号**

帐号: \_\_\_\_\_

**患者协议**

我了解 CHI Franciscan Health 可通过审查信用信息并从其他来源获取信息来验证信息，以便确定经济援助或付款计划的资格。

我确认，据我所知上述信息正确无误。我了解如果我提供虚假财务信息，那么经济援助可能会遭拒，我可能要负责并需支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请者签字\_\_\_\_\_  
日期