

# Fairfax Hospital

## 慈善醫療福利/經濟援助申請表格說明

這是 Fairfax Hospital 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向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，您可能符合資格獲得免費治療或減價治療，即使您有健康保險。75-100%

**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 Fairfax Hospital 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：** Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE132nd St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000 您可以出於任何原因獲得協助，包括殘障和語言援助。

**為了使您的申請被處理，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並宣告資產
- 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：** Fairfax Hospital。請務必為自己保留副本。

**要親自提交完成的申請：** Fairfax Hospital Business Office, 10200 NE 132<sup>nd</sup> St., Kirkland, WA 98034, 425-821-2000, 7:00 AM-3:30 PM M-F

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。**

**Fairfax Hospital**  
**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*)
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*)
郵寄地址	主要連絡人電話號碼 ( ) _____ ( ) _____	
市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____	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：雇主姓名或收入來源	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 - 自我雇用 - 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\_\_\_\_\_)

# Fairfax Hospital

## 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（最低必要項，不超過 3 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）	

### 資產資訊

如果您的收入超出聯邦貧困指標的 101%，則使用此資訊。

當前支票帳戶餘額

\_\_\_\_\_ 美元

當前儲蓄帳戶餘額

\_\_\_\_\_ 美元

您的家庭有其他資產嗎？

請勾選所有適用項

- 股票    債券    401K    健康儲蓄帳戶    信託基金  
 房地產（排除主要住房）    擁有公司

### 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。

### 患者協議

我瞭解 Fairfax Hospital 可通過審查信用資訊和從其他來源獲取資訊來驗證資訊，從而說明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 \_\_\_\_\_