

## CHI St. Anthony 醫院 經濟援助申請表說明

這是向 *CommonSpirit Health* 申請經濟援助的申請表。

**CommonSpirit Health** 為符合特定收入條件的人和家庭提供經濟援助。即使您有健康保險，根據您的家庭人數和收入，也可能符合獲得免費護理或折扣護理的資格。經濟援助是為家庭收入低於《聯邦貧窮標線指南》400% 的患者所提供的。可以在 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 找到關於《聯邦貧窮標線指南》的資訊。

**經濟援助涵蓋哪些內容？** 醫院經濟援助涵蓋 **CommonSpirit Health** 根據您符合的資格所提供的適當的醫院服務。經濟援助可能無法涵蓋所有醫療護理費用，包括由其他組織提供的服務。

**如果您有疑問或需要幫助以完成此申請：**您可以因任何原因尋求幫助，包括殘障和語言幫助，電話為：  
844-286-5546

**為了讓您的申請表獲得再理，您必須：**

- 提供關於您家人的資訊
- 提供關於您的家庭每月總收入資訊（稅前收入和扣除額）
- 提供家庭收入證明文件
- 提供家庭資產的文件（非必須）
- 如果需要，附加其他資訊
- 在表格上簽名和加註日期

**注意：**您不需要提供社會安全號碼即可申請經濟援助。如果您提供您的社會安全號碼，將有助於加快您的申請處理速度。社會安全號碼是用於驗證提供給我們的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請標記「不適用」或「NA」。

將填寫完整的申請表，連同所有文件郵寄或傳真至：CHI ST ANTHONY 醫院，收件人：EES -Financial Assistance Center, P.O. Box 660872. Dallas, TX 75266-0872 傳真：469-803-4627。請確保您自己保留一份副本。

若要親自提交完成的申請表，請前往：CHI St. Anthony Hospital, 2801 St Anthony Way, Pendleton, OR 97801

我們將在收到完整的經濟援助申請表（包括收入文件）後的 30 個日曆日內通知您是否符合資格的最終決定，以及上訴權利（如適用）。

提交財務援助申請，即表示您同意我們進行必要的調查以確認財務義務和資訊。

**我們希望能為您提供幫助。請及時提交您的申請表！**

**在我們收到您的資訊之前，您可能會收到帳單。**

**CHI St. Anthony 醫院**  
**經濟援助申請表 – 機密**

請完整填寫所有資訊。如果項目不適用，請填寫「NA」。附上額外的頁面，可在需要時使用。

**審查資訊**

您是否需要口譯員？  是  否 如果是，請列出偏好的語言：

患者是否已申請 Medicaid？  是  否 在受經濟援助考慮之前可能需要申請

患者是否有接受州公共服務，例如食品券或 WIC（婦女、嬰兒和兒童）？  是  否

患者是否為無家可歸者？  是  否

患者的醫療護理需求是否與車禍或工作傷害有關？  是  否

您接受治療的 CommonSpirit Health 醫院名單：

**請注意**

- 即使您提出申請，我們也無法保證您符合獲得經濟援助的條件。
- 在您提交申請後，我們可能會審查所有資訊，並可能要求您提供其他資訊或收入證明。

**患者和申請者資訊**

患者名字	患者中間名	患者姓氏
出生日期	患者帳戶號碼：	患者社會安全號碼（非必須*）
負責支付帳單者	與患者的關係	出生日期
負責支付帳單者	與患者的關係	社會安全號碼（非必須*）
郵寄地址	主要聯絡電話	
_____	( ) _____	
_____	( ) _____	
城市	州	郵遞區號
_____	_____	_____
負責支付帳單者的就業狀況	電子郵件地址：	
<input type="checkbox"/> 已就業（聘僱日期：_____）	_____	
<input type="checkbox"/> 自僱者	<input type="checkbox"/> 學生	<input type="checkbox"/> 殘障者
<input type="checkbox"/> 失業（已失業多久：_____）	<input type="checkbox"/> 退休	<input type="checkbox"/> 其他（_____）

**家庭資訊**

列出您家中的家庭成員，包括您自己。「家庭」包括兩名或兩名以上因出生、婚姻或領養而一起生活的人。如果患者可以根據其所得稅申報表聲稱某人為受撫養人，則就本申請而言，該人是患者的家庭成員。

家庭人數 \_\_\_\_\_

附上額外的頁面，可在需要時使用。

姓名	出生日期	與患者的關係	若已滿 18 歲或以上： 僱主名稱或收入來源	若已滿 18 歲或以上： 每月總收入（稅前）：	是否也正在申請 財務援助？
					是/否
					是/否

					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

必須揭露所有成年家庭成員的收入。收入來源包括以下例子：

- 薪資 - 失業救濟金 - 自僱 - 勞工保險 - 殘障 - 社會安全補助金 (SSI)
- 子女扶養費/配偶贍養費 - 工作學習計畫 (學生) - 退休金 - 退休帳戶分配
- 其他 (請說明：\_\_\_\_\_)

### 收入資訊

*謹記：您必須將收入證明附在申請表中。*

您必須提供您家庭收入的相關資訊。需要進行收入核實才能決定經濟援助。

所有滿 18 歲或以上的家庭成員都必須揭露他們的收入。請提供每個確定收入來源的證明。

收入證明例子包括：

- 去年的所得稅申報表，包括清單 (如適用)；或
- 「W-2」扣繳憑；或
- 目前的薪資明細表 (3 個月)；或
- 僱主或其他人簽署的書面聲明；以及
- Medicaid 和/或國家資助的醫療援助資格的批准/拒絕；或
- 領取失業救濟金批准/拒絕的資格。

如果您沒有收入證明或沒有收入，請附上具有已簽署聲明的附頁，說明您如何支付基本生活開支 (如住房、食物和公共事業費用)。

### 資產資訊

*(此部分並非必要提供，並且可能用於決定其他援助計畫的資格)*

請提供每個確定資產來源的證明。收入證明例子包括：

- 目前的銀行對帳單 (顯示最近 3 個月)
  - 活期存款帳戶
  - 儲蓄帳戶
- 投資，包括股票和債券
- 信托
- 貨幣市場帳戶
- 共同基金
- 其他領出不會產生罰款的投資基金。

## 其他資訊

如果有其他您希望我們了解的關於您目前財務狀況的資訊，例如經濟困境、高額醫療費用、季節性或臨時收入或個人損失，請附加額外頁面。

## 患者同意書

我了解，CommonSpirit Health 可能會透過審查信用資訊和從其他來源取得資訊並加以驗證，以幫助確定經濟援助或付款計畫的資格。

- 我證明，據我所知，我所提供的資訊是真實且正確的。
- 我將獨立或在醫院工作人員的協助下申請可透過聯邦、州、地方政府和私人來源獲得的任何和所有援助，以幫助支付此醫療護理帳單。
- 我了解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所需資訊，我的申請可能會被拒絕。
- 我了解，我提交的資訊將受 CommonSpirit Health 核實，包括信用報告機構，並根據需要接受聯邦和/或州機構及其他機構的審查。
- 我了解，我可能會被要求提供其他資訊才能符合援助資格。

如果您從保險公司、勞工保險或任何其他第三方收到付款，您同意告知醫院任何此類付款。如果第三方支付給您醫院服務費用，醫院保留收取原本全額費用的權利。

申請人簽名

日期