

# UW Medicine










## 经济援助申请表说明

这是一份 UW Medicine 的经济援助（也被称为慈善医疗）申请表。华盛顿州要求所有医院向满足某些收入要求的个人和家庭提供经济援助。即使您有健康保险，也可能根据家庭人数和收入而获得经济援助资格。如果您符合经济援助指导方针，其中包括您的家庭收入在联邦贫困水平的 300% 或以下，则可获得援助。您可以索要更多信息或参考我们的经济援助网站 [www.uwmedicine.org/financialassistance](http://www.uwmedicine.org/financialassistance) 或 [www.valleymed.org/financialassistance](http://www.valleymed.org/financialassistance)。

经济援助涵盖哪些方面？ 医院的经济援助涵盖由 UW Medicine 提供的适当的医院内服务，具体取决于您的资格。经济援助可能不包括所有医疗保健费用，包括其他组织提供的服务。

为了能让您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供有关您家庭的信息；填写您家中的家庭成员人数（家人包括因生养、婚姻或收养关系住在一起的人）
- 向我们提供有关您的家庭月总收入的信息（在税前和扣除各种费用前的收入）
- 提供家庭收入证明文件并申报资产
- 如果需要，请附加其他信息，例如验证您的信息的佐证书
- 在申请上签名并注明日期

 <b>Harborview Medical Center</b> Financial Counseling 325 9th Ave Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 传真 206.744.5187 周一至周五上午 8:00-下午 4:30	 <b>UW Medical Center-Montlake</b> Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.744.3084 传真 206.598.1122 周一至周五上午 8:00-下午 4:30	 <b>UW Medical Center-Northwest</b> Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 周一至周五上午 8:00-下午 4:30
 <b>Harborview Medical Center</b> <b>UW Medical Center</b> Patient Financial Services 1330 Meridian Ave. N Suite 260 Seattle, WA 98133 206.598.1950 或 1.877.780.1121 传真 206.668.6469 周一至周五上午 8:00-下午 4:30	 <b>Valley Medical Center</b> Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 425.690.3578 传真 425.690.9578 周一至周五上午 8:00-下午 5:00	 <b>UW Physicians</b> <b>UW Neighborhood Clinics</b> Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 或 1.855.520.9300 传真 206.520.3200 周一至周五上午 9:00-下午
 <b>Harborview Medical Center</b> <b>UW Medical Center</b> Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 或 1.877.780.1121 传真 206.598.2360 周一至周五上午 8:00-下午 4:30	 <b>Valley Medical Center</b> Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 传真 425.690.9578 周一至周五上午 8:00-下午 5:00	 <b>Airlift Northwest</b> Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.598.2912 传真 206.521.1612 周一至周五上午 8:00-下午 5:00

如果您有疑问，并需要填写此申请表的帮助，请联系上方您正在寻求护理的机构。您可以因任何原因寻求帮助，包括残疾和语言协助。

我们将在收到完整的经济援助申请表（包括收入证明文件）后的 14 个日历日内，通知您资格的最终裁定和上诉权利（如适用）。提交经济援助申请表，即表明您同意我们进行必要的查询以确定债务和财务信息。

我们想提供帮助。请及时提交您的申请表！在我们收到您的信息前，您可能会收到账单。

# UW Medicine

## 经济援助申请表 – 机密

请完整填写所有信息。如果选项不适用，则写下“NA”。如有需要，请另附一页。

### 审查信息

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 可能需要在审议经济援助之前进行申请

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

患者现在是否无家可归？  是  否

患者需要的医疗护理是否与车祸或工伤有关？  是  否

- 即使您进行了申请，我们也不能保证您将符合经济援助资格。
- 在您提交申请表后，我们可能检查所有信息，并可能索要额外信息或收入证明。
- 在我们收到您填写完整的申请表和证明文件后的 14 个日历日内，我们将通知您是否符合援助资格。

### 患者和申请人信息

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（请注明_____）	病历号 (MRN)	患者出生日期
支付账单责任人（保证人）	与患者的关系	保证人出生日期
患者社会保障号（可选）	保证人社会保障号（可选）	
邮寄地址 _____ _____ 城市 州 邮政编码	主要联系电话 ( ) _____ ( ) _____ 电子邮件地址： _____	
支付账单责任人的就业状态 <input type="checkbox"/> 就业（雇用日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业持续时间：_____） <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他（_____）		

### 家庭信息

列出您家中的家庭成员，包括您自己。“家人”包括因生养、婚姻或收养关系居住在一起，并在您最近的联邦纳税申报表中被称为受抚养人的人员。

家庭人数 \_\_\_\_\_

如有需要，另附一页

姓名	出生日期	与患者的关系	如果为 18 岁或以上： 雇主名称或收入来源	如果为 18 岁或以上： 每月总收入（税前）：	是否也申请经济援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须披露所有成人家庭成员的收入。收入来源包括以下示例：

- 工资 - 失业补贴 - 个体经营 - 工伤赔偿 - 残疾补贴 - SSI（附加保障收入） - 子女/配偶赡养费
- 勤工俭学（学生） - 养老金 - 退休账户提取金 - 其他（请解释\_\_\_\_\_）

# UW Medicine

## 经济援助申请表 – 机密

### 收入信息

**切记：必须在申请中附带收入证明。**

您必须提供家庭收入的信息。需核实收入来决定是否提供经济援助。

**所有 18 岁或以上的家庭成员必须披露其收入。如果无法提供证明文件，则可以提交一份说明了您的收入的书面签署声明。请提供每个已确定的收入来源的证明。收入证明的示例包括：**

- “W-2”扣缴清单；或者
- 当前工资单（3 个月）；或者
- 银行对账单（3 个月）；或者
- 去年的所得税申报表，包括时间表（如适用）；或者
- 如果您没有收入证明，则雇主或其他人提供的书面签署声明（佐证书），说明您的当前财务状况和情况；或者
- Medicaid 和/或州资助医疗援助批准或拒绝的表格；或者
- 失业赔偿批准或拒绝的表格；或者雇主或福利机构提供的书面声明。

### 支出信息

*(如需要，请另附一页列出其他债务。)*

**我们需要通过这些信息更完整了解您的财务状况。**

每月家庭支出：

租金/抵押贷款	\$ _____	医疗支出	\$ _____
保费	\$ _____	公用事业	\$ _____
其他债务/支出	\$ _____ (子女抚养、贷款、药物、其他)		

### 资产信息

当前活期存款账户余额

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

当前储蓄账户余额

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

您的家庭是否有以下其他资产？

**请勾选所有适用项**

股票     债券     401K     健康储蓄账户     信托

财产（不包括主要居所）     拥有公司

### 额外信息

如果您希望我们了解您当前财务状况的其他信息，例如经济困难、季节性或临时性收入或个人损失，请另附一页。

### 患者协议

我理解，UW Medicine 可能通过审查信用信息并从其他来源获得信息以验证我的资料，来协助决定经济援助或付款计划的资格。

我确认，以上信息据我所知是真实正确的。我理解，如果我提供的信息被认定为虚假，其结果是经济援助被拒绝，而我将负责并支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期