

经济援助申请表说明

华盛顿州要求所有医院向符合特定收入要求的个人和家庭提供经济援助。根据您的家庭规模和收入，即使您有健康保险，您也可能符合资格获得经济援助。对于家庭总收入不超过联邦贫困线（FPL）400% 的患者/担保人，Valley Medical Center & Clinics 提供经济援助；并且，该类经济援助会在任何第三方保险用尽后根据家庭规模进行调整。适用于 Valley Medical Center & Clinics 的设施服务和/或专业服务：

- 联邦贫困线（FPL）的 0% - 300%，可享受 100% 经济援助折扣
仅适用于出院日期在 2022 年 7 月 1 日或之后的 Valley Medical Center & Clinics 设施服务：
- 联邦贫困线（FPL）的 301% - 350%，可享受 75% 经济援助折扣
- 联邦贫困线（FPL）的 351% - 400%，可享受 50% 经济援助折扣

经济援助涵盖哪些方面？《经济援助政策》涵盖 Valley Medical Center & Clinics 根据您的资格提供的适当的医院（设施）服务和非医院（专业）服务。经济援助可能不足以支付所有医疗保健费用，包括其他组织提供的服务。您可以索取更多信息，或参考我们的网站：valleymed.org/financialassistance。

为了确保您的申请得到处理，您必须：向我们提供有关您家庭的信息；告诉我们您家中的家庭成员人数（家庭包括因血缘、婚姻或收养而存在亲属关系并住在一起的人员）

- 提供您家庭的每月总收入（税前和扣除前）
- 提供家庭收入文件并提供资产声明
- 如有需要，请附上补充材料，例如用于验证信息的支持信
- 在表格上签名并注明日期

对于英语或西班牙语版本的经济援助申请表及证明文件，您现在可以利用 MyChart 提交您的文件。对于所有其他申请提交文件，请继续通过邮寄、传真或现场递交等方式提交。根据《健康保险流通与责任法案》（HIPAA），任何提交以供考虑的信息都将被视为受保护健康信息。

为了处理您的申请，您必须是具有病历号（MRN）的已注册患者

Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 电话：425.690.3578 传真：425.690.9578 服务时间：周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 mychart.valleymed.org/#mychart	Valley Medical Center & Clinics Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 电话：425.690.3578 传真：425.690.9578 服务时间：周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 mychart.valleymed.org/#mychart
---	--

如果您在填写此申请表时有任何疑问或需要帮助，请联系患者财务服务部。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残疾和语言援助。我们将在收到完整的经济援助申请（包括收入证明文件）后 14 个日历日内通知您最终的资格认定结果以及上诉权利（如适用）。您提交经济援助申请，即表示您同意我们进行必要的查询以确认信息。

请完整填写所有信息。如果不适用，请勾选“否”或填写“不适用”。如有必要，请附加补充页。

筛查信息

- 您是否需要口译员？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答为“是”，请列出首选语言：
- 患者是否已申请 Medicaid？ ☐ 是 ☐ 否 可能需要申请，才会被纳入经济援助考量
- 患者目前是否拥有医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否
- 患者是否接受州公共服务，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车祸或工伤有关？ ☐ 是 ☐ 否

请注意

- 即使您提出申请，我们也不能保证您符合资格获得经济援助。
- 在您提交申请后，我们可能会核查所有信息，并可能要求您提供补充信息材料或收入证明。
- 在我们收到您的完整申请和文件后 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	
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 其他（可说明_____）	病历编号（MRN）	患者出生日期	患者社会安全号码（选填）
账单支付人（担保人）	与患者的关系	担保人出生日期	担保人社会安全号码（选填）
邮寄地址 _____ _____ 城市 州 邮政编码		带区号电话号码 (____) _____ (____) _____ 电子邮件地址：	
账单支付人的就业状况： ☐ 就业（雇用日期）： ☐ 失业（失业多长时间）： ☐ 自雇 ☐ 学生 ☐ 残疾人 ☐ 已退休 ☐ 其他：			

家庭信息

列出您家中的家庭成员，包括您自己。“家庭”包括因血缘、婚姻或收养而存在亲属关系并共同生活的人员。

家庭规模 _____

如有需要，请附加补充页

姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 岁或以上： 雇主姓名或收入来源	如果年满 18 岁或以上： 每月总收入（税前）：	同时也申请经济援助？
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 否
					☐ 是 ☐ 否

必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源包括，例如：- 工资 - 补充保障收入（SSI）
 - 失业金 - 自雇收入 - 工伤赔偿 - 残疾津贴 - 子女/配偶赡养费
 - 勤工俭学计划（学生） - 养老金 - 退休账户提款 - 其他（请说明）

经济援助申请表 - 保密

收入信息

请记住：您必须随申请表附上收入证明。

您必须提供有关您家庭收入的信息。需要进行收入验证来确定经济援助。所有年满 18 周岁或以上的家庭成员必须申报其收入。如果您无法提供证明文件，您可以提交一份书面签名声明，说明您的收入情况。请为每一项已确定的收入来源提供证明。

收入证明的示例包括：

- “W-2” 预扣税申报表；或
- 当前工资单（最近 3 个月）；或
- 银行对账单（最近 3 个月）；或
- 上年度所得税申报表，包括附表（如适用）；或
- 如果您没有收入证明，可提供雇主或其他方出具的书面签名声明（支持信），说明您目前的财务状况和情况；或
- Medicaid 和/或州资助医疗援助资格的批准或拒绝表格；或
- 失业救济金的批准或拒绝表格；或雇主或福利机构的书面声明。

每月开支信息（如有需要，请附加补充页以列出其他债务。）

我们使用这些信息来更全面地了解您的财务状况。

房租/抵押贷款	\$	医疗费用	\$
保险费	\$	公用事业	\$
其他债务/开支	\$	（子女抚养费、贷款、药物费、其他）	

资产信息（不作为经济援助资格的考量因素，但用于其他计划评估）

当前支票账户余额 \$	您的家庭是否还有其他资产？请勾选所有适用选项 ☐ 股票 ☐ 债券 ☐ 401K 退休账户 ☐ 健康储蓄账户 ☐ 信托 ☐ 房产（不包括主要住所） ☐ 拥有企业
当前储蓄账户余额 \$	

附加信息

如果您希望我们了解有关您当前财务状况的其他信息，例如财务困难、季节性/临时收入或个人损失，请附加补充页。

患者同意书

我了解，Valley Medical Center & Clinics 可能会审查信用信息和从其他来源获取信息来进行信息验证，以帮助确定我是否符合经济援助或分期付款计划的资格。

据我所知，我确认上述信息真实且准确。我了解，如果我提供的信息被确定为虚假信息，我的经济援助申请将会被拒绝，并且，我将对所提供的服务负责并需要支付费用。

申请人姓名

日期