

慈善關懷/經濟援助申請表填寫說明

本表用於向「Swedish Health Services」申請經濟援助（也稱慈善關懷）。

聯邦和州法律要求所有醫院向滿足某些收入要求的人員和家庭提供經濟援助。根據您的家庭規模和收入，您可能有資格獲得診療費用減免，即使您擁有醫療保險。如需查看我們的經濟援助條例和浮動比例指南，請訪問醫院網站 <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>。

經濟援助涵蓋哪些費用？醫療經濟援助涵蓋我們系列機構中任壹醫院或診所提供的醫療必要性診療費用，具體取決於您的援助資格。經濟援助可能不會涵蓋所有醫療費用，包括其他機構提供的服務。

如果存在任何疑問或者需要任何幫助填寫本申請：您可以通過我們的網站或者電話獲得經濟援助條例、計劃相關資訊和申請材料。您可以獲得包括殘疾輔助和語言幫助在內的任何幫助。我們會根據您的請求提供翻譯版書面文件。這裡是我們的聯繫資訊：<https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/finance-assistance> 客戶服務代表電話：206-320-5300 或 877-406-0438
週一 - 週五，上午8點至下午6點

爲了讓您的申請得到處理，您必須：

向我們提供您的家庭資訊

填寫您的家庭成員數量（家庭成員包括因出生、婚姻或收養關係生活在一起的人員）

向我們提供您家庭每月總收入（稅前及扣款之前）資訊，包括薪資存根、W-2表格、納稅申報表、社會保障金信函、資產收入報表和聲明，並提供資產記錄。¹（請參閱經濟援助申請「收入部分」的更多示例）

隨附額外資訊（如需要）

經濟援助表簽名並註明日期

備註：申請經濟援助時，您無需提供社會安全號。如果向我們提供了社會安全號，該社會安全號碼可能被用於身份識別或者對您所提供的資訊進行驗證。如果沒有社會安全號，請標註為「未申請」或「NA」。

將填妥後的申請表連同所有證明文件一同郵寄至：Swedish Medical Center，Attn：Corporate

¹ 除非可能被州法律禁止，Providence將根據「美國Medicare和Medicaid服務中心」（CMS）的Medicare費用報告要求，收集並考量資產相關資訊。



Business Office · 747 Broadway · Seattle · WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA。請務必保留一份申請副本。

親自到場提交申請：前往最近的「醫院財務顧問辦公室」。我們將在收到完整經濟援助申請（包括收入證明文件）後14至30天內通知您最終資格認定結果以及上訴權利（如適用）。

提交經濟援助申請即表明，您同意我們進行必要問詢，以確認相關經濟義務和資訊。

我們希望為您提供幫助。請立即提交申請。除非所在州慈善關懷法律明確禁止，否則在我們收到完整申請和所需文件之前，您可能會持續收到賬單。



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

慈善關懷/經濟援助申請表—機密

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請注明「NA」。如果需要，請附加其他紙張。

篩選資訊

您是否需要口譯員？ 是 否 如果「是」，請列出首選語言：

患者是否已申請Medicaid？ 是 否 患者是否為盲人？ 是 否 患者是否為殘障人士？ 是 否

患者是否領取州公共服務福利，例如TANF、Basic Food或WIC？ 是 否

患者目前是否無家可歸？ 是 否

患者的醫療需求是否與車禍或工傷有關？ 是 否

請注意

- 即使提交申請，我們也無法保證您一定獲得經濟援助資格。
- 一旦寄發申請，我們可能會對所有資訊進行檢查，並可能要求您提交其他資訊或收入證明。
- 收到完整申請和相關證明文件後14-30天內，我們會通知您最終認定結果。

患者及申請資訊

患者名字	患者中間名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)	出生日期	患者社會安全號 (非必填)
賬單支付人	與患者的關係	出生日期
郵寄地址		社會安全號 (非必填)
_____		主要聯繫電話
_____		() _____
_____		() _____
城市		電子郵箱：
州	郵遞區號	_____

賬單支付人就業狀況

在職 (雇用日期)：_____ 失業 (失業時間：) _____

自僱職業 學生 殘障人士 退休 其他 _____



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

家庭資訊

請列出您的家庭成員（包括您本人）。「家庭成員」包括因出生、婚姻或收養關係生活在一起的人員。

家庭規模 _____

如需要，請附加其他紙張

姓名	出生日期	與患者的關係	是否年滿18歲： 僱主名稱或收入 來源	是否年滿18歲：每 月總收入（稅 前）：	是否也申請經 濟援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

（必須披露所有成年家庭成員的收入）收入來源包括，例如：

工資 - 失業 - 自願職業 - 工人補償金 - 殘疾人補助金 - SSI - 兒童/配偶援助金 - 勤工儉學計劃（學生） - 資產提取收入（例如 - 股票、債券、IRA、共同基金、租金收入等）

慈善關懷/經濟援助申請表—機密

收入資訊

請記住：提交申請時必須包含收入證明。

您必須提供家庭收入資訊。需要對收入進行認證，用於確定經濟援助資格。所有年滿18歲家庭成員必須披露其收入。如果無法提供證明文件，您可以提交一份書面簽署聲明，對您的收入進行說明。請提供每項確定收入的來源證明。

收入證明示例包括：

- 「W-2」扣稅表；或者
- 最新工資單（3個月）；或者
- 去年所得稅申報表（包括相應附表）；或者
- 僱主或其他人員出具的書面簽署聲明；或者
- 資產（股票、債券、IRA、共同基金等）提取報表；
- 失業補償金資格批准/拒絕。

如果沒有收入證明或者沒有收入，請隨附說明。

支出資訊

我們使用這些資訊更全面地瞭解您的經濟狀況。

每月基本生活支出：

租金/按揭貸款	\$ _____	醫療費用	\$ _____
醫療保險保費 \$	_____	公用事業服務費	\$ _____
其他債務/開支 \$	_____ (子女撫養費、貸款、藥品、其他)		

資產資訊

這些資訊僅用於我們條例和州法規（與所獲得診療相關）規定之用途，且根據「Medicare和Medicaid服務中心」（CMS）的Medicare費用報告要求，考量並收集這些資訊。

當前支票帳戶餘額 \$ _____ 當前儲蓄帳戶餘額 \$ _____	您的家人是否擁有以下其他資產？請勾選所有適用項 <input type="checkbox"/> 股票 <input type="checkbox"/> 債券 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 健康儲蓄帳戶 <input type="checkbox"/> 信託基金 <input type="checkbox"/> 物業財產（不包括主要住所） <input type="checkbox"/> 擁有企業
--	--

其他資訊

如果希望我們瞭解您當前經濟狀況的其他資訊（例如經濟困難、過高醫療費用、季節性或臨時性收入，或者個人虧損），請附加紙張。



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

患者協議

我知道，「Swedish Health Services」可能通過審查信貸資訊和獲取其他來源資訊對這些資訊進行覆核，以幫助確定經濟援助或付款計劃資格。

我確認，上述信息據本人所知真實無誤。我知道，如果認定本人所提供的經濟資訊為虛假資訊，其結果可能是拒絕提供經濟援助，而且我本人可能需要併應該支付服務費用。

申請人簽名

日期