

财务援助申请表 MyChart 补充说明

这是一份由 Fred Hutchinson Cancer Center 提供的财务援助申请表。本申请表是 MyChart 的补充版本。请仅在通过您的 MyChart 账户进行申请时使用本表。请通过 MyChart 模块上传本表。如果您需要填写整份申请表，请访问我们的网站 seattlecca.org/financialassistance 下载完整的申请表。您也可以在寻求护理的地点索取申请表或相关资料。

华盛顿州要求所有医院提供财务援助给符合特定收入要求的个人和家庭。根据您的家庭人数和收入情况，即使您有医疗保险，您可能仍有资格享受免费护理或费用减免护理。我们为任何家庭总收入不高于联邦贫困指标 (Federal Poverty Level, FPL) 300% 的患者/担保人提供财务援助，使他们能够获得 100% 的折扣。自 2022 年 7 月 1 日起，我们的援助范围扩大到：

- FPL 的 301-350%：提供 75% 的折扣，患者自付 25%
- FPL 的 351-400%：提供 50% 的折扣，患者自付 50%

如需更多信息，请在周一至周五上午 7:30 至下午 4:00（太平洋时间）拨打 (206) 606-6226 或免费电话 (800) 304-1763，联系我们的患者账户代表。

财务援助涵盖哪些服务？

医院财务援助涵盖由 Fred Hutchinson Cancer Center 提供的适当医院服务，具体取决于您的资格。财务援助可能不会涵盖所有医疗护理费用，其中包括由其他组织提供的服务。

如果您在填写本申请表时有任何疑问或需要帮助：

请拨打 (206) 606 - 6226 或免费电话 (800) 304 -1763，联系我们的患者账户代表。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残障和语言协助。

注意：申请财务援助时，您不一定要提供社会安全号码。如果您向我们提供您的社会安全号码，将有助于加快您的申请的处理速度。社会安全号码可用于验证您提供给我们信息。如果您没有社会安全号码，请注明“不适用”或“NA”。

请务必自留一份此财务援助申请表的副本。

我们将在收到填妥的财务援助申请表（包括收入证明文件）后 14 个日历日内，通知您最终的资格确定情况以及您提出上诉的权利（如适用）。

提交财务援助申请表，即表明您同意我们进行必要的查询，以确认财务负担和信息。

我们希望能够帮助到您。请尽快提交您的申请表！

您在申请表审批期间可能会收到账单。Fred Hutchinson Cancer Center 和 UW Medicine 在必要时可能会共享信息，以便为在这两个机构寻求护理的患者提供帮助（填写申请表后 90 天内）。每个机构的审批期限可能不同。

财务援助 MyChart 补充表格

本申请表是 MyChart 的补充版本。请仅在通过您的 MyChart 账户进行申请时使用本表。请通过 MyChart 模块上传本表。如果您需要填写整份申请表，请访问我们的网站 Seattlecca.org/financialassistance 下载完整的申请表。您也可以在寻求护理的地点索取申请表或相关资料。

请完整填写所有信息。如果不适用，请注明“NA”。请根据需要另附其他页面。

筛查信息
您是否需要口译员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请列出首选语言：
患者是否申请了 Medicaid？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 在考虑为患者提供财务援助之前，可能需要患者提出该项申请
患者是否获得州公共服务，如贫困家庭临时援助 (TANF)、基本食品 (Basic Food) 或妇婴童计划 (WIC)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者目前是否无家可归？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者的医疗护理需求是否与车祸或工伤有关？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他（请注明_____）	出生日期	患者社会安全号码* <small>*参见第1页关于社会安全号码的说明</small>
联系信息 电子邮件地址： _____ 主要联系号码： _____ 家庭电话 () _____ 移动电话 () _____ 工作电话 () _____		

家庭信息					
请列出您的家庭成员，包括您自己。“家庭成员”包括与您共同生活并且有血缘关系、婚姻关系或领养关系的人。 家庭人数 _____ 受抚养人 _____ 请根据需要附加额外页面					
姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 岁： 雇主姓名或收入来源	如果年满 18 岁： 月总收入（税前）：	是否也在申请 财务援助？
					是 / 否
					是 / 否
					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 - 失业金 - 自主创业收入 - 工伤赔偿 - 残障补助 - 补充保障收入 (SSI) - 子女抚养费/配偶抚养费 - 勤工助学计划（学生） - 养老金 - 退休账户分配收入 - 其他（请说明_____）					