

财务援助/慈善护理申请表说明

这是一份由西雅图癌症护理联盟 (Seattle Cancer Care Alliance, SCCA) 提供的财务援助（也称为慈善护理）申请表。

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。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) 6066226 或免费电话 (800) 304-1763，联系我们的收入循环客户服务部。

财务援助涵盖哪些服务？ 医院财务援助涵盖由 SCCA 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。

如果您有疑问或需要帮助，请填写此申请表： 请拨打 (206) 606-6226 或免费电话 (800) 304-1763，联系 SCCA 的收入循环客户支持部。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残障和语言协助。

要使您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供您的家庭信息**
填写您家庭成员的人数（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）
- 向我们提供您的每月家庭总收入信息（税前及未作任何扣除之前的收入）**
- 提供家庭收入及资产申报证明文件**
- 附上其他相关信息（如有需要）**
- 在申请表上签名并注明日期**

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”。

请将填妥的申请表连同所有证明文件提交给财务顾问，邮寄地址：

SEATTLE CANCER CARE ALLIANCE
PATIENT FINANCIAL SERVICES
825 Eastlake Ave E
MS G1030
Seattle, WA 98109
电子邮件: fincounsel@seattlecca.org
传真: (206) 606-1271

请务必自留一份副本。

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。

我们希望能帮助您。请及时提交您的申请表！

财务援助/慈善护理申请表

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

您是否需要口译人员？ 是 否 如果是，请列出首选语言：
患者是否申请了 Medicaid？ 是 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)？ 是 否
患者目前是否无家可归？ 是 否
患者的医疗护理需要是否与车祸或工伤有关？ 是 否

请注意

- 即使您提出申请，我们也无法保证您一定具备获得财务援助的资格。
- 一旦您提交了申请，我们可能会核实所有信息，并可能会要求您提供其他信息或收入证明。
- 在收到您填妥的申请表和证明文件后的 14 个日历日内，我们会通知您是否符合获得援助的资格。

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 <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>
负责支付账单者	与患者的关系	出生日期 社会安全号码* <small>*参见第1页关于社会安全号码的说明</small>
支付账单者的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 (雇佣日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业 (已失业多久: _____) <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)		
邮寄地址 _____ _____ _____ 市 州 邮编	永久地址 (如果与邮寄地址不同) _____ _____ _____ 市 州 邮编	
国家	国家	

联系信息

电子邮件地址: _____

主要联系号码:

家庭 _____ 手机 _____ 工作 _____

居住信息

根据 SCCA 政策规定, 财务援助仅面向华盛顿州居民, 但非华盛顿州居民可能有资格获得其他计划或财务支持。

您在华盛顿州居住多久了? _____

您打算在华盛顿州居住多久? _____

如果您在华盛顿州居住还不到 1 年, 那么您来该州的原因是什么?

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 _____

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 - 失业金 - 自雇收入 - 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 - 退休账户分派
- 其他 (请说明 _____)

收入信息

请记住: 您的申请表必须附带收入证明。

您必须提供上列家庭成员的收入信息。需要提供收入证明以确定获得财务援助的资格。
所有年满 18 岁的家庭成员必须披露其收入。如果您无法提供证明文件，则可以提交一份签名的书面声明，说明您的收入情况。请提供所有已确认的收入来源的证明。

收入证明示例包括：

- “W-2” 扣缴税款清单；或
- 当前工资单（3 个月）；或
- 去年的所得税申报表，包括附表（如适用）；或
- 雇主或其他人出具的签名书面声明；或
- Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格批准/拒绝书；或
- 失业补偿资格批准/拒绝书。

如果您没有收入证明或没有收入，请附加一页进行说明。

支出信息

我们利用这些信息更全面地了解您的财务状况。

每月日常支出：

租金/抵押贷款	_____ 美元	医疗费用	_____ 美元
保险费	_____ 美元	公用事业费	_____ 美元
其他债务/支出	_____ 美元（子女抚养费、贷款、药费、其他）		

资产信息

如果您的收入超过联邦贫困指标的 300%，此信息可能有用。

活期支票账户余额
_____ 美元

活期储蓄账户余额
_____ 美元

您的家庭是否还有其他资产？

请勾选所有适用项并提供证明文件

- 股票 债券 401K 健康储蓄账户 信托
 物业（不包括主要居所） 拥有公司

其他信息

如果您希望告诉我们您当前财务状况的其他信息，例如财务困难、高额医疗费用、季节性或临时收入、个人损失，请另附一页。

患者同意书

本人理解，SCCA 可能会通过审查信用信息和从其他来源获取信息来核实相关信息，从而帮助确定本人是否符合财务援助或支付计划的资格。

本人确认，据本人所知，上述信息真实准确。本人明白，若本人提供的财务信息被确定为虚假信息，本人的财务援助申请可能会遭拒，并且本人将负责支付已获得服务的费用。

 申请人签名

 日期