

UW Medicine

经济援助申请表说明

Washington 州要求所有医院向符合具体收入要求的个人和家庭提供经济援助。即使您有健康保险，也可以根据家庭规模和收入获得经济援助。UW Medicine 向家庭总收入不超过联邦贫困线 (Federal Poverty Level, FPL) 400% 的患者/保证人提供经济援助，并在任何第三方付款来源用尽后根据家庭规模进行调整。Airlift Northwest、Harborview Medical Center、UW Medical Center、UW Physicians、UW Medicine Primary Care 和 Valley Medical Center 提供的机构内和/或专业服务：

- 家庭总收入为 FPL 的 0%-300%，可享受 100% 的经济援助折扣

适用于出院日期为 2022 年 7 月 1 日或之后、在 Harborview Medical Center、UW Medical Center 和 Valley Medical Center 获得的机构内服务：

- 家庭总收入为 FPL 的 301%-350%，可享受 75% 的经济援助折扣
- 家庭总收入为 FPL 的 351%-400%，可享受 50% 的经济援助折扣

经济援助涵盖哪些方面？ 经济援助政策涵盖 UW Medicine 根据您资格提供的相应医院内（机构内）和非医院内（专业）服务。经济援助可能无法完全涵盖所有的医疗护理费用，包括其他组织提供的服务。您可以申请获得更多信息或访问我们的经济援助网站

uwmedicine.org/financialassistance 或 valleymed.org/financialassistance。

您在提交申请时必须： 向我们提供您家庭的信息，告知您家庭中的家庭成员数量（家庭成员包括因出生、婚姻或收养而一起居住的所有人）

- 向我们提供您的家庭月度总收入（扣除税金和其他扣除额前）的信息
- 提供家庭收入证明文件和资产申明
- 若需要，还需随附其他资料，例如用于证实您的信息的支持信函
- 在表格中签名并注明日期

对于英文版本的经济援助申请和证明文件，现在就可以根据您的护理提供地点，通过 MyChart（Airlift Northwest 除外）进行提交。所有其他申请需继续通过邮件、传真提交或本人亲自提交。根据《健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)，任何申请经济援助的提交信息，都将被视为受保护的健康信息。

为了您的申请能被受理，您必须为持有病历号 (Medical Record Number, MRN) 的注册患者： 若您为 Harborview Medical Center（港景医疗中心）、UW Medical Center-Montlake（华盛顿大学医疗中心—蒙特雷克）、UW Medical Center-Northwest（华盛顿大学医疗中心—西北）、UW Physicians（华盛顿大学医师）和 UW Medicine Primary Care（华大医疗初级保健科）的病人，请您在进行申请之前致电 206.520.5000 联系客服中心完成注册。

Harborview Medical Center UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 电话 206.744.3084 传真 206.744.5187 周一至周五，上午 8:00 至下午 4:30 mychart.uwmedicine.org	UW Medical Center-Montlake UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1959 NE Pacific Street; Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 电话 206.744.3084 传真 206.598.1122 周一至周五，上午 8:00 至下午 4:30 mychart.uwmedicine.org	UW Medical Center-Northwest UW Physicians UW Medicine Primary Care Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 电话 206.744.3084 传真 206.598.1122 周一至周五，上午 8:00 至下午 4:30 mychart.uwmedicine.org
Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 电话 425.690.3578 传真 425.690.9578 周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00 mychart.valleymed.org/#mychart	Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 电话 425.690.3578 传真 425.690.9578 周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00 mychart.valleymed.org/#mychart	Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 电话 206.598.2912 传真 206.521.1612 周一至周五，上午 8:00 至下午 5:00

如果您在填写本申请时有疑问或需要帮助，请联系上述您寻求护理服务的机构。您可以获得面向残疾人士或语言方面的帮助。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，通知您有关资格的最后裁定和上诉权（如适用）。提交经济援助申请即代表您同意我们进行必要的查询，确认相关信息。

我们希望能为您提供帮助。请及时提交申请！在我们收到您的信息前，您可能会收到账单。UW Medicine 和 Fred Hutchinson Cancer Center 将根据需要共享信息，帮助在这两家机构寻求护理的患者（在完成申请后 90 天内）。如果申请需要两家机构审批，审批期限可能不同。

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，则勾选“否”或写下“不适用”。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

患者当前是否有健康保险？ 是 否

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

请注意

- 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 其他（请注明_）	病历号 (MRN)	患者出生日期	患者社会保障号（可选）
账单支付人（保证人）	与患者的关系	出生日期	保证人社会保障号（可选）
邮寄地址 _____ _____ 城市 州 邮政编码		区号 电话号码 (____) _____ (____) _____	电子邮件地址： _____
账单支付人的就业状态 <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。

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

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	\$ _____ <small>（子女抚养、贷款、药物、其他）</small>		

资产信息 （不为考虑经济援助考虑资格，但用于其他项目）

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

其他信息

如果您希望我们了解关于您当前经济状况的其他信息，如经济困难、季节性或临时性收入或个人损失，请另附一页进行说明。

患者协议

我理解，UW Medicine 和 Fred Hutchinson Cancer Center 可通过审查信用信息或通过其他来源获取相关信息进行信息核查，以此帮助确定获得经济援助或参与付款计划的资格。

我确认，就本人所知所信，上述信息真实无误。我理解，如果我提供的信息被确认为虚假信息，我的经济援助申请将被拒绝，同时需要为我已获得的服务承担责任并支付费用。

申请人签名

日期