

# UW Medicine

## 经济援助申请表说明

这是一份 UW Medicine 的经济援助（也被称为慈善医疗）申请表。华盛顿州要求所有医院向满足某些收入要求的个人和家庭提供经济援助。即使您有健康保险，也可能根据家庭人数和收入而获得经济援助资格。如果您符合经济援助指导方针，其中包括您的家庭收入在联邦贫困水平的 300% 或以下，则可获得援助。您可以索要更多信息或参考我们的经济援助网站 [www.uwmedicine.org/financialassistance](http://www.uwmedicine.org/financialassistance) 或 [www.valleymed.org/financialassistance](http://www.valleymed.org/financialassistance)。

经济援助涵盖哪些方面？ 医院的经济援助涵盖由 UW Medicine 提供的适当的医院内服务，具体取决于您的资格。经济援助可能不包括所有医疗保健费用，包括其他组织提供的服务。

为了能让您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供有关您家庭的信息；填写您家中的家庭成员人数（家人包括因生养、婚姻或收养关系住在一起的人）
- 向我们提供有关您的家庭月总收入的信息（在税前和扣除各种费用前的收入）
- 提供家庭收入证明文件并申报资产
- 如果需要，请附加其他信息，例如验证您的信息的佐证书
- 在申请上签名并注明日期

**注：申请经济援助不必提供社会保障号码。**但提供社会保障号码将帮助加快处理您的申请。社会保障号码用于验证提供给我们的信息。如果您没有社会保障号码，请标记“not applicable”或“NA”。

将您填写完整的申请表连同所有证明文件一起提交到以下勾选的 UW Medicine 机构。请务必自己保留一份副本。

Airlift Northwest (Airlift)  
Patient Financial Services  
6505 Perimeter Road S., Ste 200  
Seattle, WA 98108  
206.598.2912  
传真 206.521.1612  
周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

Harborview Medical Ctr (HMC)  
Financial Counseling  
325 9th Ave; Mail Stop 359758  
Seattle, WA 98104-2499  
206.744.3084  
传真 206.744.5187  
周一至周五上午 8:00 至下午 4:30

UW Medical Center (UWMC)  
Financial Counseling  
1959 NE Pacific Street  
Mail Stop 356142  
Seattle, WA 98195-6142  
206.598.3806  
传真 206.598.1122  
周一至周五上午 8:00 至下午 4:30

HMC & UWMC Patient  
Financial Services  
P.O. Box 95459  
Seattle, WA 98145-2459  
206.598.1950 或 1.877.780.1121  
传真 206.598.2360  
周一至周五上午 8:00 至下午 4:30

Northwest Hospital & Medical  
Center (NWH)  
Patient Financial Services  
10330 Meridian Ave N Ste 260  
Seattle, WA 98133-9851  
206.668.6440 或 1.877.364.6440  
传真 206.668.6469  
周一至周五上午 8:00 至下午 4:30

NWH Physicians  
Patient Accounts & Inquiry  
P.O. Box 45850  
Seattle, WA 98145-0850  
206.520.9100 或 1.855.520.9100  
传真 206.520.3200  
周一至周五上午 9:00 至下午 5:00

UW Physicians (UWP) & UW  
Neighborhood Clinics (UWNC)  
Patient Accounts & Inquiry  
P.O. Box 50095  
Seattle, WA 98145-5095  
206.520.9300 或 1.855.520.9300  
传真 206.520.3200  
周一至周五上午 9:00 至下午 5:00

Valley Medical Center (VMC)  
Patient Financial Services  
P.O. Box 59148  
Renton, WA 98058-9900  
425.251.5178  
传真 206.575.2573  
周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

如果您有疑问，并需要填写此申请表的帮助，请联系上方勾选的机构。您可以因任何原因寻求帮助，包括残疾和语言协助。

我们将在收到完整的经济援助申请表（包括收入证明文件）后的 14 个日历日内，通知您资格的最终裁定和上诉权利（如适用）。

提交经济援助申请表，即表明您同意我们进行必要的查询以确定债务和财务信息。

我们想提供帮助。请及时提交您的申请表！  
在我们收到您的信息前，您可能会收到账单。

# 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，则写下“NA”。如有需要，请另附一页。

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

- 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 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明_____)	病历号 (MRN)	患者出生日期
支付账单责任人 (保证人)	与患者的关系	保证人出生日期
邮寄地址 _____ _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____		患者社会保障号 (可选)
		主要联系电话 ( ) _____ ( ) _____ 电子邮件地址： _____
支付账单责任人的就业状态 <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 (_____)		保证人社会保障号 (可选)

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，并在您最近的联邦纳税申报表中被称为受抚养人的人员。

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
- 勤工俭学 (学生) - 养老金 - 退休账户提取金 - 其他 (请解释\_\_\_\_\_)

# UW Medicine

## 经济援助申请表 – 机密

**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。

**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	\$ _____ (子女抚养、贷款、药物、其他)		

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

### 额外信息

如果您希望我们了解您当前财务状况的其他信息，例如经济困难、季节性或临时性收入或个人损失，请另附一页。

### 患者协议

我理解，UW Medicine 可能通过审查信用信息并从其他来源获得信息以验证我的资料，来协助决定经济援助或付款计划的资格。

我确认，以上信息据我所知是真实正确的。我理解，如果我提供的信息被认定为虚假，其结果是经济援助被拒绝，而我将负责并支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期