

## 慈善医疗/财务补助申请表格 说明

这份财务补助（又称慈善医疗）申请表格是由 Overlake 医院医学中心 Hospital Medical Center (OHMC) / Overlake 医疗诊所 Medical Clinics, LLC (OMC) 制定。

**华盛顿州要求本州所有医院都须提供财务补助** 给家庭收入达到某项标准的病人。即使您已经有医疗保险，根据您家庭人口和收入的多寡，您可能还是有资格得到完全免费或费用减免的医疗服务。您可以在本院网站 [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) 查到这项财务补助政策内容。

**财务补助涵盖些什么？** 依据您审核后的资格，OHMC / OMC 将提供您适当的医疗财务补助。财务补助不可能包括您已接受的所有医疗服务费用，非本院由其他医疗单位提供的服务不属于此项**范围**。

**如果您有疑问或有需要帮助完成此项申请：** 请电 425-635-6239 洽询我们的财务补助顾问。您也可以要求其他帮助，包括残障和语言翻译等协助。

**为了使您的申请顺利进行，您必须：**

- 提供家庭资讯  
在户籍一栏内填上每个家庭成员（“家庭”指因出生血缘、婚姻或收养而住在一起的人。）
- 提供全家每人每月毛收入数据（税前和扣减前的收入）
- 提供证明家庭收入的文件
- 如有需要，得检附额外资讯
- 在表格上签名并写上日期

**注记：**您无须提供社会安全号码 **Social Security number** 申请财务补助。但是您若提供了社会安全号码，将加速我们审理您申请的过程。因为社会安全号码可以提供我们认证各项数据。假如您没有社会安全号码，请在该栏填写“不适用”，或“NA。”

请将填妥的表格和全部的证明文件寄到或传真到：

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116<sup>th</sup> Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971

您可以使用附带的信封邮寄。

记得存留一份影本备用

我们在收到您完整的财务补助申请书和各项收入证明文件后十四天内，如一切无误，我们将通知您资格鉴定最后的决定以及您申诉的权利。

您在缴交财务补助申请的同时，您也同意我们有查询必要的权利以便确认您财务数据的真实性。

**我们愿意帮助您。 请尽速缴交您的财务补助申请！  
除非收到您的申请，您将继续收到帐单。**

## 慈善医疗/财务补助申请表—机密文件

请填写妥所有项目。不适用处，请填“NA”。如有需要请附加纸张说明。

### 筛选资讯

您需要口译员吗?  要  不要 如有需要, 请列出何种语言:

请问病人有无申请 Medicaid?  有  没有 请在考虑财务补助之前先申请此项州政府保险

请问病人目前是否为无家可归之游民?  是  不是

请问病人的医疗需要是否因车祸或工作伤害造成的?  是  不是

### 请注意

- 即使您提出申请, 我们也不能保证您是否合格得到补助。
- 当我们收到您的申请时, 我们也许会验证所有的数据并可能要求额外的数据与收入证明。
- 在我们收到您完整填写妥的申请表和证明文件后, 我们会在十四天内通知您是否合格。

### 病人和申请人个人资料

病人首名 first name	病人中间名 middle name	病人姓氏 last name
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明 _____)	出生日期	社会安全号码 (非必要填写 *) * 虽然非必要填写, 但是填写后可能得到超过州政府级的补助 [???]
负责付款人	与病人的关系	出生日期 社会安全号码 (非必要填写 *) * 虽然非必要填写, 但是填写后可能得到超过州政府级的补助 [???]
邮寄地址 _____ _____ 城市 _____ 州 _____ 邮递区号 _____		主要联络电话 ( ) _____ ( ) _____ 电邮地址: _____

负责付款人工作状况

受雇中 (雇用时间: \_\_\_\_\_)  失业中 (失业多久: \_\_\_\_\_)

自营事业  学生  残障失能  退休  其他 (\_\_\_\_\_)

### 家庭资讯

列出包括您在内所有的家庭成员。“家庭”指因出生血缘、婚姻或收养而住在一起的人。

家庭人数 \_\_\_\_\_

如有需要可添加页数

姓名	出生日期	与病人关系	假如年满十八或以上: 雇主名称或所得来源	假如年满十八或以上: 全部税前每月毛收入:	有无同时申请财务补助?
					是 / 不是
					是 / 不是
					是 / 不是
					是 / 不是

所有家庭成年的成员须公开收入。所得来源包括如下:

- 工资 - 失业救济金 - 自营事业所得 - 工人补偿金 - 残障津贴 - 社会安全补充金 SSI - 儿童/配偶生活赡养费  
 建教合作计画收入 (学生) - 终身俸 - 退休帐户提取金 - 其他 (请说明 \_\_\_\_\_)

## 慈善医疗/财务补助申请表格—机密文件

### 收入数据证明

请注意：缴交申请表格须检附证明文件

您务必提供家庭所得的数据。为了决定财务补助，我们也需要您的收入证明。

所有超过十八岁以上的家庭成员，一定要公开自己的收入。假如您无法提供任何佐证文件，您可以提交一份签过名的书面财务状况说明。请提供每一项所得来源的证明。

以下为几项范例：

- W-2 报税凭单
- 最近三期薪资表
- 最近一年所得税申报书 income tax return，包括各项附件 schedules
- 雇主或其他人士签名的书面证明
- 申请州政府医疗补助 /Medicaid 核准或拒绝证明文件
- 申请失业救济金核准或拒绝文件

假如您没有任何收入或证明收入的文件，请检付一页额外书面说明

### 补充说明

假如您还需要告知我们您目前更多财务状况的讯息，譬如一时财务困窘，季节性或暂时性收入减少，以及个人损失等等，请用额外一页纸张陈述。

### 病人同意书

本人了解 Overlake 医院医学中心/Overlake 医疗诊所将审阅本人信用调查数据，并向其他有关来源调取数据，以便协助决定财务补助或适用各项付款计划的资格。

本人确认以上所述属实无误。本人并了解如果以上某项数据被证明为虚假，财务补助申请将予以拒绝，本人则需承担应付的医疗费用。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期