

# 如何申请经济援助

## 申请表填写说明

法律规定，所有医院都必须向满足特定要求的个人和家庭提供经济援助。根据您的家庭人数、收入和资产情况，您可能有资格获取免费照护或以更低价格获取某些服务，无论您是否有健康保险。如需查看我们的经济援助政策，请访问 [tuality.org/patient-resources/financial-assistance/](http://tuality.org/patient-resources/financial-assistance/)。

## 经济援助的范围

---

- 并非所有服务都满足条件，因此，在获取服务之前，您需要确保服务在经济援助范围内。如需查看我们不予提供经济援助的服务列表，请访问 [tuality.org/patient-resources/financial-assistance/](http://tuality.org/patient-resources/financial-assistance/) 阅读我们的援助政策。
- 请注意，如果您获批准享受经济援助，并不代表您一定可以获取服务。
- 如果您符合 Medicaid 或其他计划的资格，我们建议您申请这些计划以享受更多福利。

## 申请表填写步骤

---



- ① 填写个人和家庭信息
  - 您无需提供社会安全号码。
  - 列出与您有血缘、姻亲或收养关系并与您同住的家庭成员。
  - 18 岁以下的儿童通常被视为受抚养人。
  - 家庭的示例包括：
    - 同住的合法夫妇（或同居伴侣）及其 18 岁以下的受抚养子女，以及这对夫妇在报税时列入的住在家中的任何其他人士
    - 有一名或多名共同子女且子女为患者的未婚夫妇
    - 受担保的非公民、其担保人和担保人的家人
- ② 填写家庭总收入（税前及扣除前的收入）和开支信息。
- ③ 申报资产并提供资产证明。
- ④ 附上我们需要的所有其他信息。
- ⑤ 签署经济援助表并注明日期。

如需帮助来填写申请表，请于星期一至星期五上午 8:00 至下午 4:30 拨打 **503-681-1012**。

## 需要连同申请表提供的文件

---



请将下列适用于您的文件的**最新副本**寄送给我们。如寄送原件，我们将不予退还

- 居住证明**。提供以下文件之一：您名下的公用事业账单、租赁协议、您住宅的按揭对账单、驾照复印件或身份证复印件。我们可能需要额外的居住证明。您必须是俄勒冈州的居民或华盛顿州境内与俄勒冈州接壤的县（*Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla* 和 *Yakima*）的居民并且没有计划搬离该地区。
- 近三个完整日历月的**工资单**。如果没有工资单，您可以提供雇主出具的信函，其中列出您在过去三个完整日历月的总收入。收入按收到的月份（发薪日）计算，而不是按赚取收入的月份计算。
- 最近一个填报年度的**所得税申报表**，包括任何附表（例如适用于自雇收入的附表 C）
- 社会安全福利金、退伍军人福利、养老金发放函**或同等文件
- 州就业局出具的**索赔决议书**
- 子女抚养费**和/或**赡养费**声明书
- 近三个完整日历月的**自雇收入表**或**损益表**
- 申请表上列出的**任何其他收入来源**的证明文件，包括利息或分红收入或任何其他经常性收入来源
- 银行/信用合作社对账单**；支票账户和储蓄账户
- 现金存款 (Cash Deposit, CD)、股票、债券或投资账户对账单**
- 可确认所持**企业股权**的财务报表
- 可核实所列**任何杂项资产**的文件

## 交回表格

---



- 在收到您填妥的申请表和文件后，我们会在 **3 周**内告知您是否符合经济援助资格
- 在我们审核您的申请表期间，您仍将收到账单。

<b>邮寄或传真：</b> Hillsboro Medical Center Patient Financial Services 335 SE 8th Ave Hillsboro, OR 97123 传真：(503) 681-1365	<b>亲自递交：</b> Hillsboro Medical Center Admitting Desk 335 SE 8th Ave Hillsboro, OR 97123
---	---



## 经济援助申请表

请完整填写所有信息。如某项不适用，请填写“NA”。可视需要另附纸张。

### 筛选信息

您是否需要口译服务？  是  否 如是，请列出惯用语言：

患者是否已申请 Medicaid？  是  否

患者是否领取贫困家庭临时救助 (Temporary Assistance For Needy Families, TANF)、基本食物 (Basic Food) 或妇女、婴儿及儿童营养补充特别计划 (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) 等政府公共服务？  是  否

患者目前是否无家可归？  是  否

患者的医疗照护需求是否与车祸或工伤有关？  是  否

### 请注意

- 即使您提出申请，我们也无法保证您有资格获得经济援助。
- 在您提交申请表后，我们可能会检查所有信息，并可能要求您提供额外的信息或收入证明。
- 在收到您填写的申请表和证明文件后的 21 个日历日内，我们会告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 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (请指明 _____)	出生日期		患者社会安全号码 (选填)
负责支付账单者	与患者的关系	出生日期	社会安全号码 (选填)
邮寄地址 (包括与之不同的实际地址)			主要联系号码
_____			( ) _____
_____			( ) _____
市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____			电子邮箱: _____
负责支付账单者的就业状态			
<input type="checkbox"/> 受雇 (雇用日期: _____) <input type="checkbox"/> 待业 (待业持续时间: _____)			
<input type="checkbox"/> 个体经营者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残障人士 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			

### 家庭信息

请列出包括您本人在内的家庭成员。“家人”包括有血缘、姻亲或收养关系并且住在一起的人。

#### 家庭人数

可视需要另附纸张

姓名	出生日期	与患者的关系	雇主名称或收入来源	月收入总额 (税前):	此人是否也在申请经济援助?
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须列出所有成年家庭成员的劳动所得和非劳动所得。请填写任何未满 18 岁的家庭成员的非劳动所得。收入来源的示例包括:

- 工资 - 失业补助 - 自雇补助 - 工伤赔偿 - 残障补助 - SSI - 子女抚养费/赡养费
- 勤工俭学计划 (学生) - 养老金 - 退休金 - 其他 (请注明) \_\_\_\_\_



### 收入信息

**请记住：您必须连同申请表提供收入证明。**

您必须提供与家庭收入相关的信息。核实收入是决定是否发放经济援助的必要条件。  
必须提供所有家庭成员的收入。请为列出的每一项收入来源提供证明。请查看封面上的完整收入要求。收入证明的示例包括：

- 近期工资单（近 3 个月）；以及
- 上一年的所得税申报表，包括任何适用的附表；以及
- 雇主或其他方提供的带有签名的书面文件；以及
- Medicaid 和/或政府资助医疗援助的资格批准/驳回函；以及
- 失业补助资格批准/驳回函

如您没有收入，请另附一页说明。

### 支出信息

**选填。在某些情况下可用于更全面地了解您的财务状况。**

每月住房开支：

租金/按揭	\$ _____	医疗开支	\$ _____
保费	\$ _____	公用事业	\$ _____
其他债务/开支	\$ _____	(子女抚养费、贷款、药费等)	

### 资产信息

**如果您的收入高于联邦贫困线的 101%，我们将使用此信息。**

当前的支票账户余额  
\$ \_\_\_\_\_

当前的储蓄账户余额  
\$ \_\_\_\_\_

您的家庭是否拥有以下资产？  
**请勾选所有适用项**

股票  债券  401K  健康储蓄账户  信托基金

房产（不包括主要居所）  拥有企业

### 其他信息

如果您想提供有关当前财务状况的其他信息，例如经济困难、过度的医疗费用、季节性或临时性收入或个人损失，请另附纸张。

### 患者同意

本人了解，OHSU Health 可以通过审查信用信息和从其他来源获取信息来核实信息，以确定本人获取经济援助或付款计划的资格。

本人确认，上述信息就本人所知为真实准确的信息。本人了解，如果本人提供的财务信息被认定为虚假信息，可能会导致本人被拒绝提供经济援助，并且本人可能需要负责并支付所提供服务的费用。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期