

First Hill SURGERY CENTER

尊敬的患者与家属：

医疗账单难以承受。First Hill 手术中心与患者共同努力，看患者是否符合免利息付款计划选项或财政资助折扣之资格。如果被授予财政资助，则可能会减去部分或全部的余额。

为成为财政资助的考虑对象，请提供下列文件：

1. 填写完毕并签字的《财政资助申请表》。
2. 家庭收入证明（以下是可以发送以显示您的收入的材料例子）。
 - a. 两份最近的工资单
 - b. 上一季度的损益表
 - c. 公共援助批准或否决信
 - d. 社会保障福利信
 - e. 最近一年的纳税申报表
3. 如果您声称您没有收入，或您觉得有其他可能影响您的资格的情况，请包含一份解释信。如果他人为您的食物和住处支付费用，请包涵一封此人的解释信。另外，请说明您有多久没有收入来源了。
4. 对于收入超过联邦贫困线 100% 的家庭，还需要文件来验证任何可用资产。可以访问我们的网站 <http://www.firsthillsurgerycenter.com/> 或联系财务顾问，了解最新的联邦贫困线。

尽快寄回申请表和支持文件，以便我们帮您解决您的余额。FHSC 拥有财务顾问，他们可以根据需要亲自提供帮助。

请注意，如果给您财政资助，该财政资助仅支付 FHSC 机构的合格医疗账单的费用。不适用于其他医疗团体、医院或医师团体的账单。请直接联系其他医疗团体，了解他们的财政资助选项。

在申请财政资助时，您同意我们根据需要调查您的财政承担或财政证明文件。

您可以亲自或通过邮件把申请包寄回下述部门和地址。

患者财政服务部
收件人：财务顾问
1145 Broadway
Seattle WA 98122

财政资助申请表

I. 患者信息

患者姓名	姓	名	中间名	电话 (家庭)	
地址	街道	城市	州	邮编	电话 (工作)
出生日期	主治医生 (PCP)			美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果不是, 除我们的财政资助外, 我们还可以帮您申请特殊 Medicaid 计划。	

II. 担保人信息 (个人负责账单)

负责支付账单费用的个人的姓名	与患者的关系				
地址	街道	城市	州	邮编	出生日期
电话号码	住宅	工作			

如果您没有收到服务或正在申请资格预审, 请在此方框上打钩。

您是否由医师或外科医生转诊? 是 否

如果是, 请提供医师的姓名和电话号码 _____

III. 家庭信息 — 请指出生活在您家中的所有人, 包括申请人 如需要, 使用额外的纸张

请列出生活在您家中的任何人 (包括您本人)。收入包括 (税前) 工资、儿童资助收入、赡养收入、出租财产所得收入、失业补偿金、社会安全福利、公共/政府援助、租金或提供服务交换所得生活费用、从退休账户提取的资金、股票、债券等。

家庭成员姓名	年龄	与患者的关系	收入来源或雇主姓名	截至服务日期前的 每月总收入	有保险? (圈选“是”或“否”) 如果是, 请列出保险 (如蓝十字、UHC 等)
1.					是或否
2.					是或否
3.					是或否
4.					是或否
5.					是或否
6.					是或否
7.					是或否
8.					是或否

续另一面。

IV. 费用和资产

如果根据您的家庭人口与收入, 您不符合我们的标准财政资助折扣, 此信息可用于协助您获得期限更长的付款计划或折扣特例。可能需要额外的信息或证明文件来处理您的申请。如果是这样, 我们将联系您。

为租金或抵押贷款所付金额 _____

公用事业费用_____

汽车贷款_____

每月子女看护费_____

健康保险金_____

每月药物或医疗用品费用_____

支票账户余额_____ 储蓄账户余额

您是否全日制学生？ 是 否

您是否由父母或其他人抚养？ 是 否

如果是，请提供抚养您的人的收入信息。

如果您需要写信解释您的个人情况，请将信附到此表上。

VI.授权

我特此保证，据我所知，上述财政问卷调查中的信息是正确完整的。我授权 First Hill 手术中心对任何或全部的所提供信息进行核实。

X

责任人签字

日期