Stanford HEALTH CARE

STANFORD MEDICINE

Financial Assistance Application

財務補助申請

斯坦福醫院暨門診中心提供未投保或保額不足的患者各種選擇，我們的財務補助選項包括：

無需申請項目

- **未投保優惠-** 部分服務可能不包含在內。
- **免付利息付款計畫 -** 一般在 6 個月內支付餘額。

需要申請項目

- **財務補助優惠-** 優惠比照政府保險人的比率部分服務可能不包含在內。
- **全額補助-**患者應付部分 的 100%。部分服務可能不包含在內。
- **展延免付利息付款計畫-** 適用於符合財務補助優惠的患者。

必須提出完整的財務補助申請書和收入證明，以利於我們審慎考量提供財務補助優惠和/或全額補助。一旦收到您的完整申請資料，我們會評估您是否符合州立方案或國家方案。如果評估後認定您的資格不符合這些方案，我們會再評估您的財務補助申請，判斷您是否符合財務補助優惠或全額補助資格。符合資格者可針對其在斯坦福醫院接受的醫療服務費用和斯坦福大學所聘用醫師提供的醫療服務費用，獲得補助。

財務補助優惠和全額補助並非適用於所有服務項目，未來服務的考量將以醫療必要性和重大傷病成本為準。

在考慮財務補助時，我們的首要要務是協助需要緊急服務的患者。接著，是協助醫療上必要但非緊急需要的患者，並屬於以下兩個類別：

A. 類別 1：斯坦福醫院暨門診中心是患者住家或工作地點最近的醫院；或者

B. 類別 2：斯坦福醫院暨門診中心不是患者住家或工作地點最近的醫院，但是因為以下一項或以上的因素：

(a) 患者的狀況獨特或罕見，經 SHC 的品質和醫療資訊總監判斷，需要在斯坦福醫院暨門診中心接受治療。
(b) 經 SHC 的品質和醫療資訊總監判斷，患者的照護有助於機構教學任務的進步。

有關申請的重要資訊

收入證明 (POI)：請提供以下資訊或說明為何無法提供此資訊。缺少文件可能會致使您的申請受理延遲，甚至補助被拒絕。

以下是 SHC 考量財務補助時需要的 POI 文件。	
收入類型	**必要文件**
受雇收入	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表） • 兩份最近薪資單影本
自我雇用	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表）
社會保障/退休	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表） • 一份社保局說明每月支付款項的正式發函 • 一份從社保局發出的每月支付通知
傷殘	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表） • 一份說明每月傷殘給付的傷殘機構正式發函 • 一份傷殘機構發出的每月支付通知
失業	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表） • 一份失業機構說明每週或每月津貼金額的正式發函 • 一份失業機構發出的每月支付通知
配偶/子女贍養資助	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表） • 一份說明每月給付金額的信函
出租物業	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表）
投資收入	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表）
眷屬證明	• 一份個人最新報稅年度的退稅資料（1040 表）

您的申請會盡快處理，一旦經過審查，您會收到確認結果的信函。完整的申請可透過郵寄方式，內含必要證明文件，寄至以下地址：

Stanford Hospital and Clinics Attention:
Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

也可透過傳真提出申請：(650) 493-8623

Stanford HEALTH CARE
STANFORD MEDICINE

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION財務補助申請

DATE OF APPLICATION申請日期:

1.家庭資訊 (請提供所有財務補助需要列入考量的成員的姓名) - 請列印所有資訊-	
姓氏 名字 中間名	醫療記錄編號
姓氏 名字 中間名	醫療記錄編號
姓氏 名字 中間名	醫療記錄編號

如果患者未成年，請列出父母/監護人做為申請人和共同申請人。

2.申請人 (保證人) 資訊					
與患者的關係 ☐ 本人 ☐ 配偶/同居伴侶 ☐ 父母 ☐ 其他				婚姻狀態 ☐ 單身 ☐ 已婚/同居伴侶 ☐ 離婚 ☐ 分居	
如果您勾選已婚或同居伴侶，請填寫第 3 部分					
姓氏 名字 中間名				美國公民 ☐是☐否	
出生日期	眷屬人數 (本人和共同申請人以外)	眷屬年齡		住家電話 ( )	
街道地址 (勿列郵政信箱)		城市	州郡	國家	郵遞區號
目前雇主		街道地址，城市，州郡		職位	
* 如果您沒有工作，那麼失業多久了？					

3.共同申請人 (保證人) I資訊 與患者的關係 ☐配偶/同居伴侶 ☐ 父母 ☐ 其他					
姓氏 名字 中間名				美國公民 ☐是☐否	
出生日期	眷屬人數 (不要包含共同申請人所聲稱的人數)	眷屬年齡		住家電話 ( )	
街道地址 (勿列郵政信箱)		城市	州郡	國家	郵遞區號
目前雇主		街道地址，城市，州郡		職位	
* 如果您沒有工作，那麼失業多久了？					

4.其他問題：-- (所有關於患者的回答)

		勾選適當答案
1	患者有健康保險嗎？如果有，請提供下列資訊： 健康保險名稱：_____投保人姓名：_____ 成員/患者的身分證號：_____群組號碼：_____ 群組/雇主名稱：_____生效日期：_____ 健保中心電話號碼：_____	☐是☐否
2	患者是否符合州立財務補助方案的資格？如果是，請提供下列資訊：方案名稱：_____ 縣屬：_____患者身分證號：_____	☐是☐否
3	患者的傷病是否涵蓋於勞保理賠範圍內？ 如果是，請提供下列資訊：勞保理賠單位：_____ 公證人姓名：_____公證人電話號碼：_____ 傷病日期：_____索賠/案例編號：_____	☐是☐否
4	患者的傷病是否涵蓋於第三責任險（例如車險公司）的範圍內？如果是，請提供下列資訊： 車險或律師名稱：_____ 車險或律師電話號碼：_____ 傷病日期：_____索賠/案例編號：_____	☐是☐否
5	患者是否為犯罪的受害者？如果是，請提供下列資訊： 傷病日期：_____辦案員姓名：_____ 辦案員電話號碼：_____案例編號：_____	☐是☐否

5.收入資訊

月薪來源	申請人	共同申請人	合併每月收入 (申請人 + 共同申請人)
受雇收入	$	$	$
社會保障	$	$	$
傷殘	$	$	$
失業	$	$	$
配偶/子女贍養資助	$	$	$
出租物業	$	$	$
投資收入	$	$	$
其他請使用這些空格	$	$	$
		總計合併每月收入	$

6.如果您沒有月薪，請說明您如何應付每月的開銷，必要時請使用其他頁面填寫。

7.簽名

我茲此證明所有資訊有效而完整，並藉此授權斯坦福醫院暨門診中心可視需要索取和/或確認上述任何資訊。

申請人 _____ **日期** _____ **共同申請人** _____ **日期** _____

交回填妥的申請書至： **SHC Patient Financial Assistance**

Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715