

# 如何申请经济援助

## 申请填写说明

根据法律，所有医院都必须向符合某些要求的人和家庭提供经济援助。根据您的家庭规模和收入，即使您有医疗保险，您也有可能获得免费护理或者某些服务费用的减免。若要查看我们的经济援助政策，请访问[ohsu.edu/financial-assistance](https://ohsu.edu/financial-assistance)。

## 经济援助包括哪些方面

- 并非所有的服务都符合条件，所以您需要在获得服务之前确定其属于经济援助范围内。对于不在我们的经济援助范围内的服务清单，请查看我们的经济援助政策：[ohsu.edu/financial-assistance](https://ohsu.edu/financial-assistance)。
- 请注意，即使您得到经济援助的批准，也并不保证您会得到服务。
- 如果您有资格申请Medicaid或其他计划，我们鼓励您申请这些计划，因为它们可能包括更多的福利。

## 填写申请表的步骤



- ① 填写有关您和您家庭的信息。
  - 您不需要提供自己的社会安全号码。
  - 我们对家庭的定义是：单身人士、已婚夫妇或已注册家庭伴侣（即使他们不在您的报税表上），加上您在报税表上声明的任何受抚养人。18岁以下的孩子通常是受抚养人。家庭的举例：
    - 住在一起的合法夫妻（或同居伴侣），以及他们不满18岁的受抚养子女，还包括任何住在该夫妻报税时声明的家庭内或家庭外的其他人
    - 有一个或多个共同子女的未婚夫妇，如果该子女是患者
    - 被担保的非公民、他们的担保人以及担保人的家人
- ② 填写您的家庭总收入（税前和税后收入）信息。
- ③ 申报并提供资产证明，以帮助我们了解您是否有资格申请其他Medicaid 计划。
- ④ 附上我们要求提供的所有其他资料。
- ⑤ 在经济援助表格上签名并注明日期。

如需帮助填写申请表，请致电503-494-8551，周一至周五，9 a.m-4:30 p.m.



## 表格中应包括的文件



请将以下所有适用于您的文件的**最新副本寄给我们**。我们无法退还文件原件

- 居住地证明**。提供以下文件之一：您名下的水电费账单、租房协议、您住所的房贷对账单、您的驾驶证或身份证的复印件。我们可能会要求提供另外的居住地证明。您必须是俄勒冈州或华盛顿州接壤的县份（*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。
- 过去3个完整日历月的**工资单**。如果您没有工资单，也可以给我们一封来自您的雇主的信，其中列出您过去3个完整日历月的总收入。收入是按收到收入的月份（发薪日）计算，而不是按为该收入工作的月份计算。
- 最近一年的**所得税申报表**，包括任何附表（如自雇收入的附表C）。
- 社会保障、退伍军人、养老金发放信件**或同等文件。
- 州就业部门的**索赔决定书**。
- 儿童抚养费**和/或**配偶抚养费**对账单。
- 过去3个完整日历月的**自主经营收入工作表**或**损益表**。
- 申请表上所列的**任何其他收入来源**的核实文件，包括利息或红利收入，或任何其他经常性的收入来源。
- 银行/信用社对账单**；支票和储蓄账户。
- 现金存款(CD)、股票、债券或投资账户**报表。

## 递交表格



- 我们将在收到您的完整申请和文件后**3周内**，通知您是否有资格获得经济援助。
- 在我们审查您的申请期间，您仍然会收到账单。

<p><b>邮件：</b> Oregon Health &amp; Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-3098 传真：503-418-2377 电子邮件：sfr@ohsu.edu</p>	<p><b>亲自递交：</b> 请致电503-494-8551以确定离您最近的地点。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------



## 经济援助申请表

请完整填写所有信息。如果不适用, 请写“不适用”。如有需要, 请附额外纸张。

### 筛选信息

您是否需要翻译?  是  否 如果是, 请列出首选语言:

患者是否申请过Medicaid?  是  否

患者是否接受州政府的公共服务, 如TANF、Basic Food或WIC?  是  否

患者目前是否无家可归?  是  否

患者的医疗护理需求是否与车祸或工伤有关?  是  否

患者正在从哪家机构寻求经济援助?  Adventist Portland  Hillsboro Medical Center  OHSU

### 请注意

- 即使您提出申请, 我们也不能保证您有资格获得经济援助。
- 一旦您提交了申请, 我们可能会检查所有的信息, 并可能要求提供额外的信息或收入证明。
- 在我们收到您完整的申请和相关文件后的21个日历日内, 我们将通知您是否有资格获得援助。

### 患者和申请人信息

患者的名字	患者的中间名		患者的姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (可注明_____)	出生日期		患者的社会安全号码 (可选)
负责支付账单的人	与患者的关系	出生日期	社会安全号码 (可选)
邮寄地址 (如与其他地址不同, 请填写实际居住地址)			主要联系电话
_____			( ) _____
_____			( ) _____
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____			电子邮件地址: _____
账单负责支者的就业状况			
<input type="checkbox"/> 受雇 (雇用日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业多长时间: _____)			
<input type="checkbox"/> 自主交易 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			

### 家庭信息

列出您在经济上需要负责的家庭/家人, 包括您自己。关于家庭的定义和例子, 请参见说明。

#### 家庭规模

如有需要, 请附额外纸张

姓名	出生日期	与患者的关系	雇主名称/姓名或收入来源	每月总收入 (税前):	同时申请经济援助?
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须披露所有成年家庭成员的工作收入和非工作收入。请提供家庭中18岁以下成员的非工作收入。收入来源包括:

- 工资
- 失业补贴
- 自主经营收入
- 工伤赔偿
- 残疾补贴
- SSI
- 儿童/配偶抚养费
- 工作学习计划 (学生)
- 养老金
- 退休账户金
- 其他 (请解释) \_\_\_\_\_



### 收入信息

**请记住：**您必须在申请中附上收入证明。

您必须提供您家庭的收入信息。需要进行收入核实以确定经济援助。**所有家庭成员都必须公布其收入。请提供每一项列出的收入来源的证明。关于收入要求的完整清单，请参见封面页。收入证明的示例包括：**

- 当前的工资单（3个月）；以及
- 去年的所得税申报表，包括附表（如适用）；以及
- 雇主或其他人提供的书面签字声明；以及
- Medicaid和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝文件；以及
- 失业补偿资格的批准/拒绝文件

如果您没有收入，请另附一页纸说明原因。

### 开支信息

*可选。可能在某些情况下使用，以更全面地了解您的经济状况。*

每月家庭支出：

租金/房贷	\$ _____	医疗费用	\$ _____
保险费	\$ _____	水电费	\$ _____
其他债务/支出	\$ _____ (子女抚养费、贷款、药物、其他)		

### 资产信息

这些信息将用于确定Medicaid计划的资格。  
其不会用于确定是否提供经济援助。

当前支票账户余额

\$ \_\_\_\_\_

当前储蓄账户余额

\$ \_\_\_\_\_

您的家庭是否有这些其他资产？

**请勾选所有适用项**

- 股票     债券     医疗保健储蓄账户     信托
- 房产（不包括主要住宅）     拥有企业

### 其他信息

如果您希望我们了解您目前经济状况的其他信息，例如经济困难、医疗费用过高、季节性或临时性收入或个人损失，请另外附纸说明。

### 患者同意书

我理解，OHSU Health可以通过审查信用信息和从其他来源获得信息来核实本表格中的信息，以帮助确定经济援助或付款计划的资格。

我申明，就我所知，以上信息是真实和正确的。我理解，如果我提供的财务信息被确定为虚假，其结果可能是被拒绝提供经济援助，并且我可能要负责支付所提供的服务。

\_\_\_\_\_  
申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期