

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士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。要查看我们的经济援助政策，请访问 ohsu.edu/financial-assistance。

经济援助包括哪些方面

- 并非所有服务都符合条件。您需要在获得服务之前确定其属于经济援助范围内。要了解 **不在我们经济援助范围内** 的服务清单，请访问 ohsu.edu/financial-assistance 查看我们的经济援助政策。
- 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。Medicaid 或其他计划可能包含更多福利。

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。
 - 家庭是指单身人士、已婚夫妇或登记在册的同居伴侣（即使他们不在您的纳税申报表中），加上您在纳税申报表中申报的任何受抚养人。18 岁以下的儿童通常被视为受抚养人。家庭示例：
 - 合法结婚的夫妇（或同居伴侣），与其共同居住的 18 岁以下受抚养子女，以及夫妇在纳税申报中申报的任何其他家庭成员（无论是否居住在同一家庭内）。
 - 有一个或多个共同子女的未婚夫妇，如果该子女是患者。
 - 受担保的非公民、其担保人及其家庭成员。
- 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 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**。请提供以下文件之一：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额外的居住地证明。您必须是美国居民，且无移居国外的计划。
- ☐ 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。
- ☐ **自雇收入工作表或损益表** 过去 3 个完整日历月的对账单。
- ☐ 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。
- ☐ 支票账户和储蓄账户的**银行/信用社对账单**。
- ☐ **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。

邮寄地址：

Oregon Health & 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

亲自递交：

请致电 503-494-8551 以确定离您最近的地点。



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、WIC？ ☐ 是 ☐ 否

患者目前是否无家可归？ ☐ 是 ☐ 否

患者的医疗护理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？ ☐ 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
☐ 男 ☐ 女 ☐ 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 (如与实际居住地址不同，则请包含实际居住地址) _____ _____ _____ 城市 州 邮政编码			主要联系电话 () _____ () _____ 电子邮件地址： _____

负责支付账单的人员就业状况

☐ 受雇 (雇用日期: _____) ☐ 失业 (失业多长时间: _____)

☐ 自雇 ☐ 学生 ☐ 残疾 ☐ 退休 ☐ 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

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
- 金融机构的对账单

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某些 Medicaid 计划的资格。

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