

如何申请经济援助

申请表填写说明

根据法律规定，对于符合特定要求的个人和家庭，所有医院均需向其提供经济援助。根据家庭规模和收入情况，即使您已有医疗保险，您也可以获得免费治疗，或在某些服务项下获得费用折扣。如需查看我们的经济援助政策，请访问 adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance

经济援助范围

- 并非所有服务都符合经济援助条件，因此，在接受服务前，您需要确认服务是否在援助范围内。有关我们的**不可援助**服务清单，请访问 adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance 查阅我们的经济援助政策。
- 请注意，即使您被批准获得经济援助，也不一定能获得服务。
- 如果您符合联邦医疗补助 (Medicaid) 或其他计划的申请资格，我们鼓励您进行申请，因为这些计划可能会提供更多福利。

申请表填写步骤



- ① 填写个人信息和家庭信息。
 - 您**不**需要提供社会保险号码。
 - 我们将家庭定义为：单身人士、已婚夫妇或已登记的同居伴侣（即使他们不在您的所得税申报表上），以及您在所得税申报表上申报的任何受抚养人。18岁以下的儿童通常都属于受抚养人。家庭示例：
 - 住在一起的合法夫妇（或同居伴侣）和其未满18岁的受抚养子女，以及他们在所得税申报表上申报的任何其他人，此人不一定与其同住
 - 育有一个或多个共同子女的未婚夫妇，如其子女是患者
 - 受赞助的外籍人士、其赞助人及赞助人的家属
- ② 填写家庭总收入（扣除税项及其他扣除项前的收入）信息。
- ③ 申报并提供资产证明，以帮助我们了解您是否符合申请 Medicaid 计划的资格。
- ④ 附上我们要求的所有其他信息。
- ⑤ 在经济援助申请表上签名并注明日期。

如果您在填写申请表时需要帮助，请致电 **503-494-8551**，服务时间为周一至周五上午 9:00 至下午 4:30。

需随表附上的文件



请向我们发送以下所有适用文件的**最新副本**。如果您向我们寄送原始文件，我们将**不予**退还。

- 居住证明**。请提供以下材料之一：您名下的公用事业账单、租赁协议、您住所的抵押贷款声明、您的驾照或身份证副本。我们可能会要求您提供其他居住证明。您必须是俄勒冈州或华盛顿州边境县（本顿县、克拉克县、哥伦比亚县、考利茨县、克里基塔特县、刘易斯县、太平洋县、斯卡梅尼亚县、沃凯亚库姆县、瓦拉瓦拉县和亚基马县）的居民，并且没有搬离该地区的计划。
- 最近 3 个完整日历月的**工资单**。如果您没有工资单，可以向我们提供一封由雇主出具的证明信，上面需列明您最近 3 个完整日历月的总收入。收入按收取月份（发薪日）计算，而不是按赚取收入的工作月份计算。
- 最近一年备案的**所得税申报表**，包括任何附表（如自营收入附表 C）。
- 社会保障卡、退伍军人证、养老金发放单**或等效文件
- 州就业部的**索偿决定书**
- 子女抚养费**和/或**配偶赡养费**声明
- 最近 3 个完整日历月的**自营收入工作表**或**损益表**
- 申请表中列出的**任何其他收入来源**（包括利息或股息收入或任何其他经常性收入来源）的证明文件
- 银行/信用合作社对账单**：支票账户和储蓄账户
- 现金存款 (CD)、股票、债券或投资账户对账单**

提交申请表



- 在收到您填妥的申请表和所需文件后，我们将在 **3 周**内告知您是否符合获得经济援助的条件。
- 在申请审核期间，您仍可能会收到账单。

邮寄：

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07 3181 SW
Sam Jackson Park Road Portland, OR
97239-3098

传真：503-418-2377

发送电子邮件：sfr@ohsu.edu

当面递交：

请致电 503-494-8551 以确定
离您最近的递交点



经济援助申请表

请完整填写所有信息。如果某项不适用，请写上“NA”（不适用）。如有需要，可另附页。

筛查信息

您是否需要翻译人员？ 是 否 如果是，请列出您的首选语言：

患者是否已申请 Medicaid 计划？ 是 否

患者是否获得了州政府提供的公共服务，如贫困家庭临时援助 (TANF)、基本食品补助或妇婴幼儿营养补充计划 (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交通事故或工伤有关？ 是 否

患者寻求经济援助的医疗机构是？ Adventist Health Portland Hillsboro Medical Center OHSU

注意事项

- 即使您提交了申请，我们也无法保证您一定具有获得经济援助的资格。
- 申请一旦递交，我们将核实所有信息，并可能会要求您提供其他信息或收入证明。
- 在收到您填妥的申请表和证明文件后，我们将在 21 个日历日内告知您是否符合获得援助的条件。

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 (请说明_____)	出生日期	患者社会保险号码 (选填)	
账单支付负责人	与患者的关系	出生日期	社会保险号码 (选填)
邮寄地址 (包括实际地址 (如有不同))		主要联系电话	
_____		() _____	
_____		() _____	
市	州	邮政编码	电子邮箱:
账单支付负责人的就业状况			
<input type="checkbox"/> 在职 (入职日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业时长: _____)			
<input type="checkbox"/> 个体经营者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾人士 <input type="checkbox"/> 退休人员 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			

家庭信息

请列出您在经济上需负担的家庭/家族成员，包括您本人。请参阅前文中有关家庭的定义和示例说明。

家庭规模

如有需要，可另附页

姓名	出生日期	与患者的关系	工作单位或收入来源	每月总收入 (税前):	是否同时申请了经济援助?
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

您必须披露所有成年家庭成员的劳动和非劳动收入情况，以及任何未成年 (18 岁以下) 家庭成员的非劳动收入情况

。收入来源示例包括：

- 工资
- 失业救济金
- 自营收入
- 工伤赔偿
- 残疾补贴
- 补充保障收入 (SSI)
- 子女抚养费/配偶赡养费
- 勤工助学计划 (学生)
- 养老金
- 退休金
- 其他 (请说明) _____



收入信息

请记住：收入证明必须随申请表一并提供。

您必须提供您的家庭收入信息。我们需要核实您的收入，以确定是否为您提供经济援助。您必须披露所有家庭成员的收入情况，并提供所有已确认收入来源的证明材料。请查看封面页，以了解完整的收入要求清单。收入证明示例包括：

- 最新的工资单（3个月）；
- 前一年的所得税申报表，包括附表（如适用）；
- 雇主或其他人出具的附有签名的书面声明；
- Medicaid 和/或州政府资助的医疗援助计划的资格批准/驳回函；
- 失业补助资格批准/驳回函
- 金融机构出具的对账单

如果您没有收入，请另附一页进行说明。

费用信息

选填。您可以在某些情况下填写此部分的内容，以便我们更全面地了解您的经济状况。

家庭每月开支：

房租/抵押贷款	\$ _____	医疗费	\$ _____
保险费	\$ _____	公用事业费用	\$ _____
其他债务/开支	\$ _____ (子女抚养费、贷款、药物等)		

资产信息

我们只会将此部分的信息用于确定特定 Medicaid 计划的申请资格，不会将其用于确定经济援助的提供与否。

支票账户当前余额
\$ _____

储蓄账户当前余额
\$ _____

您的家庭是否拥有以下其他资产？

请勾选所有适用项

- 股票 债券 医疗储蓄账户 信托基金
 房产（不包括主要住所） 自营业务

其他信息

如果您希望我们了解与您当前经济状况有关的其他信息，例如经济困难、高昂医疗费用、季节性或临时性收入或个人损失，请另附一页加以说明。

患者协议

我理解，OHSU Health 可能会通过审查信用信息和从其他来源获取信息来核实我的信息，以帮助确定我获得经济援助或参与付款计划的资格。

我确认，据我所知，上述信息均属实且准确无误。我理解，如果我提供的财务信息被确定为虚假信息，我的经济援助申请可能会被驳回，并且我可能需要负责支付已提供服务的费用。

申请人签名

日期