

## 經濟援助申請

塔夫茨醫療中心很榮幸能為每一位患者提供最佳的照護。透過其經濟援助政策，塔夫茨醫療中心為無法負擔緊急及醫療必要照護的患者提供經濟援助。塔夫茨醫療中心經濟援助計畫並不補助非醫療必要的照護；並且，不會為保險共同支付、共同保險或自付額提供減免。

具經濟能力的患者應支付所接受的塔夫茨醫療中心服務項目。不過，您也有資格申請經濟援助。我們強烈建議患者在申請塔夫茨醫療中心經濟援助計畫前，先行申請任何可取得的政府援助計畫，例如MassHealth、ConnerctorCare或Health Safety Net (健康安全網)。未申請您可能符合條件的政府援助計畫可能導致您的申請遭延誤或拒絕。如果您需要協助申請政府援助計畫，我們的塔夫茨醫療中心財務協調員將會為您服務。您申請經濟援助計畫的資格取決於這份經濟援助申請書的內容是否完整且準確。

### 說明

請完整填寫此經濟援助申請書，並為所有申請者提供以下文件副本。如無法在30天內提供必要文件，申請將被拒絕。請了解提交的任何文件皆有可能無法退回。

- 請填寫申請書上所有適用部分，並務必簽署第四頁的切結聲明書
- 請隨附您的駕照或任何可驗證您當前住所包含照片的其他身分證明或文件副本。提交的任何文件必須包含您的姓名。
- 請隨附您保險卡的副本。
- 請隨附收入證明文件：
  - 請隨附您最新的W-2副本
  - 如您的收入最近有變更，請隨附文件，諸如最近的工資單(最少4份)、失業聲明，和/或社會保障明細表
- 如患者已歿，請提供死亡證明書副本以及說明遺產狀況之書函。

## TuftsMedicine

如有任何疑問，請聯繫塔夫茨醫療中心財務協調部門：

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance  
978-973-6700

或請親自前往以下塔夫茨醫療中心地點：

- 塔夫茨醫療中心  
比文德 (Biewend) 大樓1樓  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- 塔夫茨醫療中心  
普羅格 (Proger) 大樓1樓  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Lowell綜合醫院  
達霍德 (Dahod) 大樓1樓  
295 Varnum Avenue  
Lowell, MA 01854
- Lowell綜合醫院  
聖徒校園 (Saints Campus)  
1 Hospital Drive, 1樓  
Lowell, MA 01852
- Melrose Wakefield醫院  
585 Lebanon Street, Suite 101  
Melrose, MA 02176
- Lawrence Memorial 醫院  
一樓近緊急護理中心  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

請將填妥的申請書寄至：

Tufts Medical Center (塔夫茨醫療中心)  
Financial Coordination (財務協調部)  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

# 1 關於患者/申請人

請完成這部份關於患者和/或申請人的個人資料。

**需要隨附的文件:**請隨附住址證明文件:駕照、可證明您當前住址的其他含照片身分證明或文件。所有提交的文件必須包含患者姓名。

**申請人必須為患者或對患者有財務責任者。**

今天日期 \_\_\_\_\_

患者姓名 \_\_\_\_\_

患者出生日期     /    /                

患者社會安全號碼             /        /                

患者病歷號碼 \_\_\_\_\_

申請人姓名 \_\_\_\_\_

申請人電話 \_\_\_\_\_

申請人住址 \_\_\_\_\_

**出生日期格式:**  
MM/DD/YYYY (月/日/西元年)

## 關於您的家庭成員

請列出所有家庭成員、他們的出生日期以及和申請人的關係

家庭成員1 \_\_\_\_\_

出生日期     /    /                

與患者的關係 \_\_\_\_\_

家庭成員2 \_\_\_\_\_

出生日期     /    /                

與患者的關係 \_\_\_\_\_

家庭成員3 \_\_\_\_\_

出生日期     /    /                

與患者的關係 \_\_\_\_\_

家庭成員4 \_\_\_\_\_

出生日期     /    /                

與患者的關係 \_\_\_\_\_

家庭成員5 \_\_\_\_\_

出生日期     /    /                

與患者的關係 \_\_\_\_\_

是  否 請問您是否為美國公民?

是  否 如果否, 請問您為永久居民或非法居住美國\*?

\*如果患者為永久居民, 請提供官方文件副本。

## 2 保險資訊

請完成這部份關於患者保險的資訊。

**需要隨附的文件:** 如適用, 請隨附以下文件副本: 患者保險卡、Medicaid通知、未承保服務通知、醫療網限制文件。所有提交的文件必須包含患者姓名。

- 是  否      請問您近6個月內是否曾提出Medicaid申請?
  - 是  否      請問您是否有審核中或已核准的Medicaid申請?
  - 是  否      請問您的Medicaid申請是否被拒絕?
  - 是  否      請問您是否有醫療保險?
  - 是  否      請問您的保單是否涵蓋於塔夫茨醫療中心的服務項目?
  - 是  否      是否有特定服務項目並未在您的保險公司的承保範圍內?
- 如果是, 請說明 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 主保單資訊

保險公司名稱 \_\_\_\_\_

保險公司地址 \_\_\_\_\_

保單/ID號碼 \_\_\_\_\_

團險保單編號 \_\_\_\_\_

投保人 \_\_\_\_\_

投保人出生日期    LL/LL/LLLL

與投保人關係 \_\_\_\_\_

投保人雇主 \_\_\_\_\_

生效日期            LL/LL/LLLL

### 副保單資訊

保險公司名稱 \_\_\_\_\_

保險公司地址 \_\_\_\_\_

保單/ID號碼 \_\_\_\_\_

團險保單編號 \_\_\_\_\_

投保人 \_\_\_\_\_

投保人出生日期    LL/LL/LLLL

與投保人關係 \_\_\_\_\_

投保人雇主 \_\_\_\_\_

生效日期            LL/LL/LLLL

### 3 月總收入和資產

請填寫此部份關於患者和第一部分中所列每位家庭成員的收入和資產。請列出總收入，亦即稅前收入和扣除額。

如患者和其家人沒有任何收入或資產，則不須填寫第三部分。

需要隨附的文件：請隨附可證明此收入的文件：工資單、收入稅額、W2表、銀行證明、券商報表或其他證明文件。

#### 家庭收入

	患者	家庭成員1	家庭成員2	家庭成員3	家庭成員4	(僅由單位填寫)
工資/薪水/小費						
失業補助						
社會福利						
子女撫養費+贍養費						
自僱收入						
利息/股利收入						
退休金						
IRA/股票/債券						
租賃收入						
信託付款						
勞工保險						
退役福利						

#### 無收入聲明

如果您沒有收入，且由他人提供經濟支援，請由他們填寫並簽署以下聲明。

患者姓名 \_\_\_\_\_

目前沒有收入。我目前援助他們所需的食宿及衣物。同時提供財務援助，每月平均金額為 \$\_\_\_\_\_。

援助提供者簽名 \_\_\_\_\_

日期    LL/LL/LLLL

#### 家庭資產—支票及儲蓄帳戶

帳戶類別	銀行/機構	餘額

帳戶類別：支票或儲蓄。

**其他家庭可計入資產**

帳戶類別	銀行/機構	餘額
股票/債券		
存款憑證		
美國儲蓄債券		
健康儲蓄帳戶 (HSA)		
儲蓄存單		
聖誕或假期俱樂部特殊用途帳戶		
其他		

**4 醫療困難**

這部份可能不適用於您。如果您有大額醫療帳單，請填寫此部分。請列出塔夫茨醫療中心和其他醫療機構的醫療費用。可能會要求提供文件，但目前尚無此需求。

醫療費用	總額	費用發生頻率	(僅供單位填寫)
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	

**切結書—所有申請人必須簽署**

我宣誓(或證實)，盡我所能、所知和所信，本表格上所示的資訊均為真實、正確且完整。我同意在一周內向塔夫茨醫療中心通知所有在收入、財務來源的變更，或其他在此表格上指出可能影響我在塔夫茨醫療中心接受經濟援助資格的資訊變更。我了解我的信用和其他財務資訊可能用以驗證我的聲明以及參加此計畫的資格。我知道我有30天的時間提交準確和必要的佐證文件，以獲得減免資格。

患者為獲得經濟援助目的而進行的虛假陳述將轉呈至麻薩諸塞州總檢察長辦公室。偽造計畫申請書的患者將不再符合計畫資格，並將負擔參加計劃期間所產生的所有費用，追溯至根據計畫產生費用的第一天算起。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期      /  /  

所有申請人必須簽署切結書才得以進入申請程序。