

Bakersfield Memorial Hospital 经济援助申请表说明

本文件是 *CommonSpirit Health* 机构的经济援助申请表。

CommonSpirit Health 为符合某些收入要求的人员和家庭提供经济援助。即使您有健康保险，根据您的家庭规模和收入，您也可以享受免费护理或折扣护理。援助是对家庭收入低于联邦贫困线指南 500% 的患者提供。有关联邦贫困线指南的信息，请访问 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

经济援助包括什么？ 医院经济援助包括 CommonSpirit Health 根据您的资格提供的适当医院服务。经济援助可能不包括所有保健费用，包括其他组织提供的服务。

如果您在填写本申请表时有任何疑问或需要帮助： 您可以因任何原因获得帮助，包括残疾和语言帮助，联系方式：(661) 541-0026

为了让您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供您的家庭信息
- 向我们提供您家庭的每月总收入（税前和扣除额前收入）的信息
- 提供家庭收入证明文件
- 提供家庭资产证明文件
- 如有需要，请附上其他信息
- 在表格上签名并注明日期

注意： 申请经济援助不需要提供社会保险号码。如果您向我们提供社会保险号码，将有助于加快您的申请处理。社会保险号码用于核实提供给我们的信息。如果您没有社会保险号码，请注明“不适用”或“无”。

将填写完整的申请表连同所有证明文件邮寄或传真至： Mercy Bakersfield Memorial Hospital, PO Box 1888, Bakersfield, CA 93303, Fax: 661-327-1237. 确保给自己保留一份。

亲自递交填写完整的申请表： Bakersfield Memorial Hospital, 420 34th St., Bakersfield, CA 93301

我们在收到填写完整的经济援助申请表（包括收入证明文件）后 30 个日历日内，将通知您资格的最终决定和申诉权（如适用）。

通过提交经济援助申请表，您同意我们进行必要的查询，以确认财务义务和信息。

我们想要帮忙。请及时提交申请！

在我们收到您的信息之前，您可能会收到账单。

Bakersfield Memorial Hospital

经济援助申请表 — 保密

请完整填写所有信息。如果不适用，请填写“无”。如有需要，请另附页。

筛选信息

您需要口译员吗？ 是 否 如果是，请列出首选语言：

患者申请了 Medicaid 了吗？ 是 否 在考虑经济援助资格之前，可能需先申请。

患者是否接受州公共服务，如食品券或 WIC（妇女、婴儿和儿童）？ 是 否

患者现在无家可归吗？ 是 否

患者的医疗护理是否与车祸或工伤有关？ 是 否

您接受治疗的 Dignity Health 或 CommonSpirit Health 医院名单：

须知

- 即使提出申请，我们也不能保证您有资格获得经济援助。
- 递交申请表后，我们可能会核对所有资料，并要求您提供附加资料或收入证明。

患者和申请人信息

患者名	患者中间名	患者姓
出生日期	患者账号：	患者社会保险号码（可选项*）
负责支付账单的人	与患者的关系	出生日期
		社会保险号码（可选项*）
通讯地址		主要联系电话
_____		() _____
_____		() _____
_____		电子邮件地址：
州	城市	_____
		邮编

负责支付账单的人就业状况

在职 (聘用日期: _____) 失业 (失业多久: _____)

自营职业 学生 残疾人 退休 其他 (_____)

家庭信息

列出您家里的家庭成员，包括您本人。患者的“家属”包括：

- 对于年满 18 周岁及以上的患者，其家属包括配偶、家庭伴侣以及未满 21 周岁的受抚养子女，不论其是否住在家里。
- 对于未满 18 周岁的患者，其家属包括父（母）、陪护亲属以及父（母）或陪护亲属其他未满 21 周岁的子女。

家庭规模 _____

如有需要，请另附页。

姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 周岁或以上： 雇主名称或收入来源：	如果年满 18 周岁或以上： 月总收入（税前）：	是否也申请经济援助？
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否

所有成年家庭成员的收入都必须披露。例如，收入来源包括：

- 工资 — 失业 — 自营职业 — 工伤赔偿 — 残疾 — SSI
- 子女/配偶赡养费 — 勤工俭学计划（学生） — 养老金 — 退休账户分配
- 其他（请注明：_____）

Bakersfield Memorial Hospital

经济援助申请表 — 保密

收入信息

请记住：您必须在申请表中附上收入证明。

您必须提供家庭收入信息。收入需要进行核实以确定经济援助资格。

所有年满 18 周岁或以上的家庭成员必须披露其收入。请为每个确定的收入来源提

供证明。收入证明的例子包括：

- 最近一次纳税申报表，包括附表（如适用）；
- “W-2”预扣声明；
- 当前工资存根（6 个月）；
- 由雇主或其他人签署的书面声明；和
- 批准/拒绝获得 Medicaid 和/或州资助医疗援助的资格；或者
- 批准/拒绝领取失业补助金的资格。

如果您没有收入证明或没有收入，请另附页附上一份签字声明，说明您如何支持基本生活费（如住房、食物和水电费）。

资产信息

请记住：您必须在申请表中附上资产证明。

您必须提供家庭成员拥有的所有资产信息。资产需要进行核实以确定经济援助资格。

所有年满 18 周岁或以上的家庭成员必须披露其可获得的经济资源。请为每个确定的资产来源提供证明，

收入证明的例子包括：

- 当前银行对账单 (显示最近 3 个月)
 - 支票账户
 - 储蓄账户
- 投资，包括股票和债券
- 信托基金
- 货币市场账户
- 共同基金
- 其他在基金撤回时不会有罚金的投资基金。



附加信息：

如果您希望我们了解您目前财务状况的其他信息，如经济困难、超高额医疗费用、季节性或临时性收入或个人损失，请另附页。

患者协议

我理解，CommonSpirit Health 可能会通过审查信用信息和从其他来源获取信息以核实信息，帮助确定是否有资格获得经济援助或付款计划。

- 本人证明，据我所知，我所提供的资料真实、准确。
- 我将独立或在医院人员的协助下，通过联邦、州、地方政府和私人来源申请任何和所有援助，帮助支付医疗账单。
- 我理解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所要求的信息，我的申请可能会被拒绝。
- 我理解，本人提交的信息须经 CommonSpirit Health (包括信用报告机构) 核实，并须经联邦和/或州机构及其他必要机构审查。
- 我理解，为了获得援助资格，可能会要求提供更多信息。

如果您收到保险公司、工伤赔偿计划或任何其他第三方的付款，您同意向医院告知此类付款。如果第三方向您提供医院服务付款，医院保留全额收取原始费用的权利。

申请人签名

日期

加利福尼亚州公平计费计划

注意：

如果您需要语言帮助，请拨打 (661) 541-0026 或前往 Bakersfield Memorial Hospital。办公室营业时间为早上 8:00 – 下午 4:30，地址是 Bakersfield Memorial Hospital, 420 34th St., Bakersfield, CA 93301。残障人士还可获得辅助工具和服务，如盲文文件、大字文件、音频文件以及其他无障碍电子格式资料。此类服务均免费。

帮助您支付账单

一些消费者权益组织将免费帮助您了解计费 and 付款流程。您可以拨打健康消费者联盟电话 888-804-3536 或访问 healthconsumer.org 以获取更多信息。

医院账单投诉计划

医院账单投诉计划是一项州计划，其审查医院就您获得医院账单支付帮助资格做出的决定。如果您认为医院错误地拒绝了为您提供经济援助，您可以向医院账单投诉计划提出投诉。前往 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov 了解更多信息并提出投诉。

申请付款折扣或慈善护理资格

- (1) 对于只申请付款折扣的患者，医院只要求提供最近的工资单或所得税申报表，以作为收入证明文件。
- (2) 仅申请付款折扣的患者获得的经济援助可能少于慈善护理计划提供的援助。