

---

財務  
援助  
政策 (FAP)

---

Financial Assistance Policy  
Política de Assistência Financeira  
Правила предоставления финансовой помощи  
Política de Asistencia Financiera  
Chính sách Hỗ trợ Tài chính

## 1. 宗旨

本政策全文中通稱為「Tufts MC」或「Hospital」的 Tufts Medical Center，是一所致力於提供高品質社區健康照護服務的醫學中心。「Hospital」專為所有患者提供必要醫療服務，無論他們的付費能力如何。「Hospital」不會因患者的種族、膚色、國籍、公民資格、外國國籍、宗教、信仰、性別、性取向、年齡、或殘障等因素而在服務上有差別待遇。為了提供此等高品質服務以應社區需要，Tufts MC 必須保有可運作的財務基礎，包括其應收帳戶的及時催收。

Tufts MC 瞭解有些患者付擔不起費用，且可能無法獲得所有服務的保險給付。本政策的研擬目的，就是為了向因財務資源受限而無保險或保險不足的患者，通知其可能適用的各種「Hospital」財務援助計劃。

負擔得起費用的患者，應該可正常支付 Tufts MC 提供的服務。本政策假定能投保價格合理之保險的患者將申請及保有其給付範圍。Tufts MC 財務援助計劃主要面向無任何公營 (例如，Medicare 或 Medicaid) 或私營 (例如，Blue Cross Blue Shield、Harvard Pilgrim 等) 來源之健康保險，且財務需求未獲滿足的患者。若滿足適用條件，只要患者能夠證明其收入有限、或其醫療費用帳單超過其收入而造成其財務需求，即可享有 Tufts MC 折扣。

## 2. 定義

**緊急服務 (Emergency Services)**：在醫療狀況發生後提供的必要醫療服務，無論是身體或心理、因病症極為嚴重而引發者，包括具有一般健康和醫學常識的業外人士能合理判斷，若未立即實施醫療處理，可能會造成患者或其他人士的健康陷入危險、身體機能嚴重受損或造成任何身體器官或部分組織發生障礙，或者與懷孕婦女相關的異常疼痛，如 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B) 中的更進一步闡述。緊急醫療狀況的醫療篩檢和任何穩定性治療，包括但不限於，住院患者醫療照護、或任何其他根據「緊急醫療護理和勞動法」(Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)) 認定為緊急醫療服務 (Emergency Services) 而採取合法程度範圍的服務。

**急症服務 (Urgent Services)**：在醫療狀況突然發生後提供的必要醫療服務，無論是身體或心理、因急性病症 (包括異常疼痛) 而引發，經具備一般健康和醫學常識的業外人士認為若在 24 小時內未接受醫療處理，可能會造成患者健康陷入危險、身體機能嚴重受損或造成任何身體器官或部分組織發生障礙。急症服務專門處理不會對生命造成威脅且不會對個體健康造成重大損害的醫療狀況。

**非緊急、非急症的必要醫療服務**：不符合「緊急服務」或「急症服務」之定義，但具有醫療必要性的服務。患者通常 (但非一定) 會事先預約這類服務。

**非必要醫療服務**：對健康品質不會造成影響或不需要實施緊急或急症照護的療程、檢查或服務。

## 3. 一般條款

### a. 參加機構

位於「[附錄 A—Tufts Medical Center 地點、參加機構](#)」中所列出地點之「Hospital」所提供及收費的服務適用本政策規定。由列於「[附錄 B—Tufts Medical Center 提供者聯屬組織清單](#)，非參加機構」中的機構所提供及收費的服務不適用本政策規定，即使此等服務是在附錄 A 中所列地點之「Hospital」內實施。

- b. Tufts MC 將無保險及保險不足的患者定義如下：
1. 患者沒有健康保險 (稱為「無保險」)；
  2. 患者只有加入 Massachusetts Health Safety Net (HSN) 的保險；
  3. 患者因已經「用完」其保險計劃下的福利而導致差額產生；或
  4. 患者因其購買的保險判定其必須自行承擔不在其給付範圍內之「非給付範圍內」服務的費用，而導致差額產生。當中包括因保險公司的網路限制，而予以拒絕給付的服務。
- c. 患者責任：
- i. 依本政策規定，患者必須承擔多項責任，才能符合接受「Hospital」援助的資格，其中包括：
    1. 在負擔得起保險金額的情況下，患者有義務購買保險並保持保險給付；
    2. 患者有義務申請任何可能有資格參加的政府贊助保險計劃；
    3. 患者有義務在規定時限內，提交所有經要求繳交的收入、資產、識別身分和居住狀況等文件，才能加入州政府保險計劃和/或完成 Tufts MC 財務援助申請流程；
    4. 患者有義務隨時通報「Hospital」最新的人口統計和保險資訊；且
    5. 患者有義務在商定的期限內支付所有差額。
  - d. Tufts MC 財務協調程序：
    - i. 財務協調 (Financial Coordination, FC) 會主動審核已安排接受服務的可辨識無保險及保險不足患者。Tufts MC 部門也會將患者轉介至 FC。
    - ii. FC 會篩分患者適合申請公營和/或私營保險給付的資格。
      1. Tufts MC 會篩分患者適合申請州政府及聯邦計劃的資格。患者必須申請各種州政府及聯邦計劃，包括但不限於 MassHealth 和/或 Medicare，才能符合享有本政策規定之折扣的資格。
      2. 若該患者符合公營計劃資格準則，FC 將就相關申請程序提出建議，並在可能的情況下協助患者提出申請。
      3. 若該患者因不符合公營計劃資格準則 (例如，根據其是否達到聯邦貧困水準 (Federal Poverty Level, 簡稱「FPL」)、移民身分和其他條件) 而遭到各種適用公營計劃的拒保；或該公營計劃不能完全給付該患者的費用，則 FC 將建議其申請私營保險給付選項，並將患者篩分為符合 Tufts MC 財務援助折扣計劃的資格 (依下列第 IV 款規定)。

#### 4. TUFTS MC 患者折扣計劃

- a. Tufts MC 為符合下列情況的患者提供折扣計劃：
1. Low Income Patient Discount (低收入患者折扣)，其資格將依 Tufts MC FPL 門檻判定 (依第 IV(g) 款規定)
  2. Medical Hardship Discount (醫療費用支付困難折扣)，其資格將依 Tufts MC 門檻判定 (依第 IV(h) 款規定)
  3. 無保險或保險不足折扣 (依第 IV(i) 款規定)

患者在符合「[附錄 C—Tufts Medical Center 財務援助計劃折扣金額](#)」中的 Tufts MC 判定門檻後所應負責支付的所有差額，可以授予享有根據這些計劃所獲得的折扣，但不包含患者的共付額、自付扣除額和共保金額。若患者符合多項折扣計劃的申請資格，將實施提供最大折扣的計劃。

患者或其家人與「Hospital」中任何職員或管理單位成員之間的任何關係與折扣無關。折扣不會因為考量任何臨床護理人員或其家人的「職權優惠」而予以提高。提供給患者的折扣並非促使該患者接受服務，或透過任何形式另外連結而產生一筆應由聯邦健康護理計劃支付的業務，亦無法兌換現金，或

者「Hospital」或任何其他 Tufts MC 機構提供的項目或服務 (這項規定包括禮品店、咖啡館等折扣)。

b. 申請與篩分程序：

- i. 患者必須提交填妥的 Tufts Medical Center 財務援助申請 (依附錄 D) 與必要證明文件，援助申請才能獲得受理。必要文件可包括但不限於下列相關證明：(1) 家庭年收入 (薪資單、社會安全付款紀錄、雇主通知信、退稅或銀行對帳單)；(2) 公民資格和識別身分；(3) 非公民的移民身分 (若適用時)；(4) 年紀已達到或超過 65 歲之個人的資產；以及 (5) 包括福利給付範圍和網路限制等保險資訊。申請人必須在申請初次提交後 30 天內繳交所有證明文件，其申請才能獲得「Hospital」受理。
- ii. 未成年人及受騷擾的個人可向「Hospital」提出保密申請。前述個人應與 Financial Coordination 聯絡。
- iii. 對患者的財務援助申請進行判定時，Tufts MC 並不會考慮 Tufts MC 財務援助先前的資格判定結果。
- iv. Tufts MC 保留每 6 個月重新檢驗折扣資格的權利。

c. 給付範圍的核可：

- i. 「Hospital」將以書面方式通知患者 Tufts MC 計劃資格判定結果。參考資料附錄 E— Tufts Medical Center 計劃資格判定結果通知。
- ii. 「Hospital」保留在發生未及時接獲所有證明文件的情況時拒絕申請的權利。
- iii. 若申請人向「Hospital」提供新資訊，則可以重新考慮就計劃資格判定結果提出上訴。

d. 患者收入限制：

- i. 申請人若是美國居民，則在第 IV(g) 款及第 IV(h) 款規定中所述折扣的主要判定依據，將為最新發布的家庭總收入 FPL。
- ii. 符合本政策第 III(c) 款規定、但不符合 FPL 資格條件的非美國居民與美國居民，可享有下面第 IV(i) 款所述無保險及保險不足的折扣。
- iii. 所有符合本政策之第 III(c) 款規定的患者，應符合下面第 IV(h) 款規定所列出「Tufts MC 醫療財務困難折扣」的資格。

e. 符合資格服務：

- i. 本政策通常限定適用於 Tufts MC 提供及收費的必要醫療服務，其中包括：
  1. 緊急服務；
  2. 急症服務；以及
  3. 非緊急、非急症服務。

f. 例外：

- i. 對於非必要醫療服務等由臨床治療人員決定實行的服務，Tufts MC 不提供財務援助。沒有資格獲得 Hospital 提供之財務援助的服務範例，包括但不限於下列服務：非醫療服務 (例如，社會性、教育性、或專業性、美容性手術、研究或其他)。前述服務是否符合本政策實施資格之判定是由 Hospital 自行決定。
- ii. Tufts MC 通常不會就非緊急、非急症服務為患者提供折扣；患者預期從這類服務獲得必要照護，且當患者的服務區域中有提供該服務時，患者從 Tufts MC 服務區域以外進入其服務區域接受照護。
- iii. 依據本政策，給付範圍不包括患者的共付額、自付扣除額和共保金額。

- g. Tufts MC 低收入患者折扣：
- i. 申請人若是美國居民，則主要判定依據將是最新發布的家庭總收入 FPL。僅根據收入而決定的折扣，通常只限於家庭收入低於 FPL 之 301% 的患者。
  - ii. 符合這項門檻的患者的可享折扣為一般收費金額 (Amount Generally Billed, AGB) 費率或更高，如下面第 IV(j) 款中所述。
  - iii. 這項折扣由 Tufts MC 負責決定。
  - iv. 參考資料附錄 C 與 附錄 D 將提供更多詳細信息。
- h. Tufts MC 醫療財務困難折扣：
- i. 如果患者不滿足符合「Tufts MC 低收入患者折扣」資格所要求之 FPL 門檻規定，若能證明其醫療費用超過其家庭收入之 20%，仍然符合享有折扣的資格。費用必須發生在過去 12 個月內，且限定為根據美國國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 規定可能有資格作為醫療費用的那些費用。
  - ii. 這項折扣由 Tufts MC 負責決定。
  - iii. 參考資料附錄 C 與 附錄 D 將提供更多詳細信息。
- i. Tufts MC 無保險或保險不足患者的折扣政策：
- i. 對於各種收入層級的患者，無論其居住地點，只要符合上面第 III(b) 款所列之「無保險及保險不足患者」的資格，且履行前面第 III(c) 款所規定之患者責任，並且完成「Tufts MC 財務援助申請」，Tufts MC 都將提供折扣。
  - ii. 所有符合本政策條件的無保險及保險不足患者，在付款已收到情況下，或在初次帳單發出後 30 天同意某付款計劃時，可於「符合資格服務」享有多達 20% 的折扣。
    1. 非緊急、非急症服務的付款必須全額付清，或依據進行服務前同意的付款計劃付款。若實際收費超過預期金額，則患者應在初次帳單發出後 30 天內付清應付的任何額外金額。
      - a. 若額外費用未在期限內付清，則同意實施的整體折扣可能遭到撤銷，且患者將須支付所有費用。
    2. 緊急或急症服務的付款必須在初次帳單發出的 30 天內付清，或是根據同意的付款計劃付款。
  - iii. 在評估是否可根據本政策提供折扣時，Tufts MC 可能會考慮患者的所有未結差額是否正常支付。
- j. 患者應付費用的計算基礎：
- i. 在判定患者符合上面第 IV(g) 款或第 IV(h) 款規定之折扣計劃資格之後，Hospital 向患者收取「符合資格服務」的費用將不會超過「一般收費金額」(Amount Generally Billed, 簡稱「AGB」)。
  - ii. Tufts MC 會先將總付款費用除以前一會計年度彙總中的全部商業與 Medicare 按服務收費 (FFS) 計劃的總收費，決定其前一會計年度的「記帳付款因素」(PAF)，再決定 AGB。這個判定通常會在可取得大多數健康計劃之正確資料的八月份進行。最低的 Tufts MC 低收入患者折扣等於前一年會計年度 PAF 的倒數，也就是 AGB。
  - iii. 以住院患者計算方式為例：
    1. 商業與 Medicare FFS 計劃所產生的總付款：\$550
    2. 商業與 Medicare FFS 計劃所產生的總收費：\$1,000
    3. PAF：55%
    4. Tufts MC 低收入患者 AGB 折扣：45%
  - iv. Tufts MC 低收入患者最低折扣 (AGB) 於 2017 年 10 月 1 日生效，住院服務折扣是 42%，門診服務折扣則是 69%。以上折扣的決定基準是商業與 Medicare FFS 計畫於 2016 年 6 月 1 日到 2017 年 5 月 31 日期間所支付的理賠金額。

## 5. 付款計劃

所有符合上面第 III(c) 款規定條件的患者，都可要求申請「符合資格服務」的免息付款計劃。患者身分及付款記錄的完整審查會決定付款計劃最後是否通過。Tufts MC 將處理及監控所有患者的付款計劃。若付款計劃同意進行，則會要求患者完全遵守規定。如果患者連續兩次未付款，付款計劃將會終止，且 Hospital 可依據「Hospital 信用和收帳政策」規定的程序和保護措施將帳戶列為「壞帳」（該政策詳情請參閱 [www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)）。一旦收到患者財務條件變更的通知，Hospital 可重新評估患者的未付款項義務。

- a. 已依據麻薩諸塞州衛生安全網 (Massachusetts Health Safety Net) 判定為低收入患者或符合醫療費用支付困難資格的患者，Hospital 會為其直接提供付款計劃，患者無須符合第 III(c) 款規定的條件。對於差額為 1,000 美元或更少之 HSN 低收入或醫療費用支付困難的患者，前述付款計劃應至少為 1 年免息計劃，且每月最低付款金額不得超過 25 美元。對於差額為 1,000 美元或更多之 HSN 低收入或醫療費用支付困難的患者，前述付款計劃應至少為 2 年免息計劃。

## 6. 未付款

Hospital 設有獨立「信用和收帳政策」，用於說明 Hospital 對於發生未付款時的處置，並涵蓋已根據州法令保護可免收帳款的患者清單。Hospital 會事先盡合理努力，透過書面方式，向患者通知可行的援助計劃，並協助前述患者完成 Tufts MC 財務援助申請，在確認患者符合本政策規定的財務援助資格之後，才會根據前述政策採取任何非常的催收行動。Hospital 的獨立信用和催收政策已放在 Hospital 網站上供大眾使用，網站網址為 [www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)。

## 7. FAP 之發布與宣傳

- a. Tufts MC 財務協調部提供了財務資訊服務與財務援助，請透過下列方式聯絡：

- i. 上網造訪 [www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)；
- ii. 致電 617-636-6013；或
- iii. 本人親自到訪下列 Tufts Medical Center 地點：
  1. Biewend Building, 1st Floor, 260 Tremont Street, Boston, MA 02111
  2. Proger Building, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
  3. Floating Plaza, 1st Floor, 755 Washington Street, Boston, MA 02111
  4. Emergency Department, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111

- b. 網路公布

- i. 除了可透過 Tufts MC 財務協調取得，Tufts MC 財務援助政策、申請表單和口語化簡明摘要，亦可從下列網址取得：[www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](http://www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance)
  1. 從 Tufts MC 首頁 ([www.tuftsmedicalcenter.org](http://www.tuftsmedicalcenter.org)) 選取 *Patient Care + Services (患者照護 + 服務)*，然後選取 *Financial Assistance (財務援助)*，也能存取這個網站。
  2. 該網站包括各種讓患者申請 Hospital 提供之援助的方法，包括設有 Financial Coordination (財務協調) 的地點名單、中央電話號碼和中央電子郵件地址。患者可從這個網站瞭解到申請表及 Financial Coordination 援助均為免費提供。

- c. Hospital 已透過下列方式，廣為宣導依據本政策推出的財務援助：

- i. 在所有出入口和其他人潮密集區域，包括急救部、財務協調服務及客服處，都將陳設大型的醒目看板 (8" X 14" )；

- ii. 宣導取得 Tufts MC 財務援助選項的口語化簡明宣傳冊，將擺放在急救部和掛號區域。
- iii. 患者在辦理 Hospital 的住院與出院程序期間可以取得 FAP 的口語化簡明摘要。
- iv. 對於任何親自要求，或透過郵件要求副本，或是有特定問題的患者，都會向其提供 Hospital 之 FAP 政策、申請、口語化簡明摘要的副本。
- v. 政策、申請表、口語化簡明摘要等資料將提供英文、中文、西班牙文、越南文、葡萄牙文與俄文版本。
- vi. Hospital 社區計劃職員已接受過 FAP 教育訓練，並將依照指示，將 Tufts MC 提供的財務援助計劃告知及通知其社區成員。

## **8. 其他規定：**

### a. Medicare 壞帳：

- i. 本政策也應用於確認患者是否真的貧窮，目的是為了確認其從應計 Medicare 壞帳的 Medicare 給付服務中，在共同保險或自付扣除額情況下所產生的差額。判定來源將為患者於其呈報的資產層級的目前收入。患者的收入必須低於 FPL 的 201%，擁有資產必須少於 10,000 美元，患者才算符合第一位家庭成員，且每增加一位家族成員可獲得額外 3,000 美元的資格。資產裁決絕對不會包含主要住處或主要汽車。患者填妥的 Tufts MC 財務援助申請可茲證明該患者無法使用資產來支付其未付差額。

### b. 依個案評估：

- i. 建議患者向財務協調 (Financial Coordination) 或患者財務服務 (Patient Financial Services) 說明自己的特別財務情況。Tufts MC 可依個案基礎找出有財務困難的特別案例，提高超過本政策制定的折扣。
- ii. 超過本政策制定的現有折扣，將獲得 Hospital CFO 的認可表揚。

## 附錄 A

### TUFTS MEDICAL CENTER 地點、參加機構

位於下列地點之 Tufts MC 所提供及收費的服務適用本政策規定：

1. Tufts Medical Center  
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children at Tufts Medical Center  
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital  
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI at Lemuel Shattuck Hospital  
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk  
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center  
41 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180



## 附錄 B

### TUFTS MEDICAL CENTER 提供者聯屬組織清單，非參加機構

下列 Tufts MC 聯屬機構所提供及計費的服務不在本政策的適用範圍內：

#### 1. Tufts Medical Center 醫師組織，包括：

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.

#### 2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians，地址為 800 Washington Street, Boston, MA 02111

#### 3. Tufts University School of Dental Medicine

#### 4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Physical Therapy，地址為 Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

#### 5. 院外整形外科醫師

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

#### 6. Private Practice Internal Medicine，地址為 Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

#### 7. Tufts Medical Center, Inc. 的心血管中心

敬請 Tufts MC 聯屬的所有醫師組織，包括上述列出的醫師依本政策實施，但非硬性規定。

## 附錄 C

### TUFTS MEDICAL CENTER 財務援助計劃：折扣金額

家庭人口	100% FPL	最多可達 150% FPL	最多可達 300% FPL	超過 301% FPL
1	\$12,144	\$18,216	\$36,420	\$36,421
2	\$16,464	\$24,696	\$49,380	\$49,381
3	\$20,784	\$31,176	\$62,340	\$62,341
4	\$25,104	\$37,656	\$75,300	\$75,301
5	\$29,424	\$44,136	\$88,260	\$88,261
6	\$33,744	\$50,616	\$101,220	\$101,221
7	\$38,064	\$57,096	\$114,180	\$114,181
8	\$42,384	\$63,576	\$127,140	\$127,141
每人 >8	\$4,320	\$6,480	\$12,960	\$12,961
住院患者折扣		100%	42%	20%
門診患者折扣		100%	69%	20%
預期住院患者付款		0%	58%	80%
預期門診患者付款		0%	31%	80%

FPL 是指 2018 年 1 月公佈的聯邦貧困線，以聯邦公報 (Federal Register) 的定義為準。

## 財務補助申請書

塔芙茨醫療中心引以為傲的是為每位患者提供最好的服務。塔芙茨醫療中心透過財務補助政策為無能力支付急診費用或醫療必要照護費用的患者提供財務補助。塔芙茨醫療中心財務補助並非用於給付非醫療必要性照護。也並非用於提供關於保險共付額、共保額或扣除額的折扣。

有能力支付的患者應該要為其在塔芙茨醫療中心所獲得的服務付費。然而，您可以查看財務補助的資格標準。我們極力建議患者在申請塔芙茨醫療中心財務補助之前，先申請任何可用的政府補助計畫，例如 MassHealth、ConnectorCare 或 Health Safety Net。申請您可能符合資格的政府補助計畫失敗，可能造成您的申請延遲或遭拒。若您需要協助申請政府補助方案，我們的塔芙茨醫療中心財務協調員可以協助您。

您是否具有申請財務補助計畫的資格取決於您完整且精確填寫此財務補助申請書。

### ■ 指示

對於所有的申請人，請完整填寫財務補助申請書，且包括以下文件的影本。未能在 30 天內返回所有必要的文件，將導致申請遭拒。請附上所有提交文件的影本，因為此類文件無法退回。

- 請填寫申請書的所有相關部分，並務必簽署第 4 頁的宣誓聲明
- 包括駕照、其他附照片身份證明或確認您目前居所的文件影本。所提交的文件都必須要有您的姓名。
- 包括您的保險卡影本
- 包括一些收入驗證的表單：
  - 包括您最近的 W-2 影本
  - 如果您的收入最近有變更，請包括最近的工資單（至少 4 張）、失業證明、銀行/投資對帳單，和/或社會保險證明等文件。
- 如果患者亡故，請提供死亡證明影本與陳述遺產情況的信函

**Tufts** Medical Center

若有問題，請聯絡  
塔芙茨醫療中心財務協調部：  
tuftsmedicalcenter.org/financialassistance  
617-636-6013

或親自前往以下地點的  
塔芙茨醫療中心：

- Biewend Building, 1st Floor  
260 Tremont Street  
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor  
800 Washington Street  
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor  
755 Washington Street  
Boston, MA 02111

請將填寫完成的  
申請書寄到：

Tufts Medical Center  
Financial Coordination  
800 Washington Street, Box 475  
Boston, MA 02111

**1 關於患者/申請人**

請完成關於患者和/或申請人的此部分。

申請人是患者或是負責患者財務的人員。

所需的文件：請包括可確認居所的文件：駕照、其他附照片身份證明或證明您目前居所的文件。所提交的文件都必須要有患者的姓名。

今天的日期 \_\_\_\_\_

患者姓名 \_\_\_\_\_

患者的出生日期     /    /                

DOB (出生日期) 格式：月/日/年

患者社會保險號碼             /        /                

患者醫療記錄號碼 \_\_\_\_\_

申請人姓名 \_\_\_\_\_

申請人電話 \_\_\_\_\_

申請人地址 \_\_\_\_\_

**關於您的家庭**

列出所有的家庭成員、其出生日期及與患者的關係。

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 您是美國公民嗎？

是  否 若否，則您是合法居住於美國的永久居民嗎\*？

\*若患者是永久居民，請提供官方文件影本。

**2 保險資訊**

請完成關於患者保險的此部分。

所需的文件：若適用，請包括患者的保險卡、Medicaid 的通知、未給付服務的通知、網路限制文件。所提交的文件都必須要有患者的姓名。

- 是     否    您是否在前 6 個月內提交過 Medicaid 申請？
- 是     否    您是否有待決或已核准的 Medicaid 申請？
- 是     否    您的 Medicaid 申請是否曾被拒絕？
- 是     否    您是否有醫療保險？
- 是     否    您的計畫是否給付塔芙茨醫療中心的服務？
- 是     否    您的保險公司是否不給付特定的服務？

若是，請說明

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**主要保險資訊**

保險名稱 \_\_\_\_\_  
保險地址 \_\_\_\_\_  
保單/ID # \_\_\_\_\_  
團體號碼 \_\_\_\_\_  
簽署人 \_\_\_\_\_  
簽署人出生日期      /  /            
與簽署人的關係    \_\_\_\_\_  
簽署人雇主        \_\_\_\_\_  
生效日期              /  /          

**次要保險資訊**

保險名稱 \_\_\_\_\_  
保險地址 \_\_\_\_\_  
保單/ID # \_\_\_\_\_  
團體號碼 \_\_\_\_\_  
簽署人 \_\_\_\_\_  
簽署人出生日期      /  /            
與簽署人的關係    \_\_\_\_\_  
簽署人雇主        \_\_\_\_\_  
生效日期              /  /

**3 每月收入總額與資產**

請填寫關於患者和第 1 部分所列每位家庭成員工作收入與資產的此部分。請條列總收入，即扣稅與扣除額之前的收入。

如果患者與其家庭成員並沒有工作收入或資產，第 3 部分可以保留空白。

所需的文件：請包括確認此收入的文件：工資單、所得稅、W2 對帳單、銀行對帳單、仲介對帳單或其他證明。

**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	(僅供機構使用)
工資/薪水/小費						
失業賠償金						
社會保險						
子女撫養 + 贍養費						
自僱收入						
利息/股利收入						
養老金						
IRA/股票/債券						
租金收入						
信託款項						
工傷賠償金						
退伍軍人福利						

**沒有收入證明**

如果您沒有收入且在財務上是由另一個人扶養，請他們填寫並簽署以下聲明。

患者姓名 \_\_\_\_\_

目前沒有收入。我目前以食物、庇護所與任何必要的衣物撫養他們。也向他們提供財務協助，

平均每月金額為 \$ \_\_\_\_\_。

撫養者簽名 \_\_\_\_\_

日期            □□/□□/□□□□

**家庭資產—支票與儲蓄帳戶**

帳戶類型	銀行/機構	餘額

帳戶類型：支票或儲蓄。

其他家庭可計算資產

帳戶類型	銀行/機構	餘額
股票/債券		
定存單		
美金儲蓄債券		
健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account (HSA))		
儲蓄證明		
聖誕或假日俱樂部		
其他		

4 醫療困境

您可能不適用本部分。如果您有大筆的醫療帳單，請填寫此部分。列出塔芙茨醫療中心與其他提供者的健康照護費用。此時會要求提供文件，但不是必須提供。

醫療費用	總金額	此費用發生的頻率?	(僅供機構使用)
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	
		<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 每月 <input type="checkbox"/> 每年	

宣誓 — 所有的申請人都必須簽名

我宣誓（或保證）就我的能力所知所信，此表單上所有的資訊都是真實、正確且完整的。如果本表單註明的收入、財務來源或其他資訊變更且可能影響我獲得塔芙茨醫療中心財務補助的資格，我同意在一週內向塔芙茨醫療中心報告。我了解可能依據我的信用與其他財務資訊確認我的聲明與是否具有申請該計劃的資格。我了解我有 30 天可以用於提交準確與必要的輔助文件，以列入折扣的考量。

患者為了取得財務補助所做的不實聲明將轉交給麻薩諸塞州檢察官辦公室。計劃申請造假的患者將不再具有申請計劃的資格，且必須負責加入該計劃所衍生的所有費用，並回溯到該計劃產生費用的第一天。

所有的申請人都必須簽署宣誓書，否則不會受理其申請書。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期                    LL/LL/LLLL

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmedicalcenter.org

[Approval Letter—Partial Discount]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

感謝您根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」)，申請您的帳單補助。我們已審核您的申請函以及隨附之文件，並根據您的收入，我們判定您符合使用本計畫獲得減價服務的資格。

根據我們的判定，您的收入為 \_\_\_\_\_，家中共有 \_\_\_\_\_ 人，因此您有資格僅支付正常費用的 \_\_\_\_\_。由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單將減價為 \_\_\_\_\_。我們會與您取得聯絡，以協助您對接下來的帳單款項做出付款安排，並且若您要求，我們也會寄送給您一份詳盡的帳單。請注意，本計畫中的折扣不適用於任何您必須負擔的共付額、共保金額或自付扣除額。

本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您不同意此決策，並認為您有資格獲得更高的費用減免，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone



附錄 E : (FAP)—資格通知書

*The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine*



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmedicalcenter.org

[申請通過函—100% 折扣]

Month Day, Year

name  
address  
city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

感謝您根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」)，申請您的帳單補助。我們已審核您的申請函以及隨附之文件，並根據您的收入，我們判定您符合使用本計畫獲得免費服務的資格。因此我們將核銷由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_/\_\_/\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單。您應該不會再從我們這裡收到任何有關這些服務的帳單。

本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmedicalcenter.org

*[Redetermination Letter—Partial Discount to 100% Discount]*

Month Day, Year

name  
address  
city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

這封信是為了跟進我們自付扣除額在 \_\_/\_\_/\_\_ 所寄出的判決，即根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 您僅符合獲得減價服務的資格。經您要求，我們已針對您的申請重新考量自付扣除額決策，並根據您的收入，我們判定您符合使用本計畫獲得免費服務的資格。因此我們將核銷由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_/\_\_/\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單。您應該不會再從我們這裡收到任何有關這些服務的帳單。本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

附錄 E : (FAP)—資格通知書

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmc.org

*[Redetermination Letter—Not Previously Eligible to 100% Discount]*

Month Day, Year

name  
address  
city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

這封信是為了跟進我們最初寄出的判決，即根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 您沒有獲得任何財務補助的資格。經您要求，我們已針對您的申請重新考量最初決策，並根據您的收入，我們判定您符合使用本計畫獲得免費服務的資。因此我們將核銷由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單。您應該不會再從我們這裡收到任何有關這些服務的帳單。本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Not Eligible to Partial Discount]

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

這封信是為了跟進我們最初寄出的判決，即根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 您沒有獲得任何財務補助的資格。經您要求，我們已重新考量最初決策，並根據您的收入，我們判定您符合使用本計畫獲得減價服務的資格。

根據我們的判定，您的收入為 \_\_\_\_\_，家中共有 \_\_\_\_\_ 人，因此您有資格僅支付正常費用的 \_\_\_\_\_。由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_/\_\_/\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單將減價為 \_\_\_\_\_。我們會與您取得聯絡，以協助您對接下來的帳單款項做出付款安排，並且若您要求，我們也會寄送給您一份詳盡的帳單。請注意，本計畫中的折扣不適用於任何您必須負擔的共付額、共保金額或自付扣除額。

本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您不同意此決策，並認為您有資格獲得更高的費用減免，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmedicalcenter.org

*[Redetermination Letter—Original Decision Stands—Partial]*

Month Day, Year

name  
address  
city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

這封信是為了跟進我們最初在 \_\_/\_\_/\_\_ 所寄出的判決，即根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 您僅符合獲得減價服務的資格。經您要求，我們已針對您的申請重新考量最初決策，並根據您的收入，我們判定您仍然僅符合使用本計畫僅獲得部分折扣的資格。

如最初判決函中所述，由 \_\_\_\_\_ 在 \_\_/\_\_/\_\_ 所接受的 \_\_\_\_\_ 服務的帳單將減價為 \_\_\_\_\_。我們會與您取得聯絡，以協助您對接下來的帳單款項做出付款安排，並且若您要求，我們也會寄送給您一份詳盡的帳單。請注意，本計畫中的折扣不適用於任何您必須負擔的共付額、共保金額或自付扣除額。

本許可應在六 (6) 個月期間內有效。若您仍然不同意此決策，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
[tuftsmedicalcenter.org](http://tuftsmedicalcenter.org)

*[Redetermination Letter—Original Decision Stands Not Eligible]*

Month Day, Year

name  
address  
city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

這封信是為了跟進我們最初在 \_\_/\_\_/\_\_ 所寄出的判決，即根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 您沒有獲得任何補助的資格。經您要求，我們已針對您的申請重新考量最初決策，並根據您的收入，我們判定您仍然不符合使用本計畫獲得補助的資格。

若您仍然不同意此決策，或想要討論安排付款的選項，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
tuftsmcmedicalcenter.org

*[Denial Letter—General]*

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

感謝您根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」)，申請您的帳單補助。我們已審核您的申請函以及隨附之文件，並根據您的收入，我們判定您不符合使用本計畫獲得折扣的資格。

根據我們的判定，您的收入為 \_\_\_\_\_，家中有 \_\_\_\_\_ 人，已超過 \_\_\_\_\_ 的限制。

若您不同意此決策，或最近財務狀況有任何改變，我們很願意根據您所能提供的新資訊重新考量您的申請。若您有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone

The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
[tuftsmedicalcenter.org](http://tuftsmedicalcenter.org)

*[Denial Letter—Incomplete Application]*

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

感謝您在 \_\_/\_\_/\_\_ 根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) 提交了您的帳單補助申請書。由於到今天我們尚未收到受理您的申請所需的隨附文件，因此，我們將拒絕您的補助申請。

等到您準備好所需的隨附文件後，我們鼓勵您提交新的財務補助申請書。若您有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone



*The principal teaching  
hospital for Tufts University  
School of Medicine*



800 Washington Street  
Boston, Massachusetts 02111  
T 617 636-5000  
[tuftsmedicalcenter.org](http://tuftsmedicalcenter.org)

*[Denial Letter—Services Not Eligible]*

Month Day, Year

name

address

city, state, zipcode

患者帳戶號碼：

親愛的：

感謝您在 \_\_/\_\_/\_\_ 根據 Tufts Medical Center Financial Assistance Program (Tufts Medical Center 財務補助計畫) (以下稱「本計畫」) 提交了您的帳單補助申請書。很遺憾，我們必須通知您，您在 \_\_/\_\_/\_\_ 所接受的服務經考量為非必要的醫療服務，因此不符合使用本計畫獲得財務補助的資格。請儘速繳款，以避免額外的催收動作。

若您不同意此決策或有任何疑問，請聯絡列於下方的財務協調人員。

謹此，

Name

Title, Telephone