

## 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

若有問題，請聯絡  
塔芙茨醫療中心財務協調部：

[tuftsmedicalcenter.org/financialassistance](https://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     /    /            

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 \_\_\_\_\_

DOB (出生日期) 格式：月/日/年

### 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

□□/□□/□□□□