

Partners HealthCare 財務補助申請表

請列印申請表並填妥適用您的所有相關部分。不能以電子形式填寫本申請表。
填寫申請表之前，請先閱讀所有指示。

本申請表用於評估您是否符合 Partners HealthCare 提供者的醫療帳單財務補助資格。您可以使用本申請表申請醫療照護帳單補助，適用於下列任何 Partners HealthCare 實體：

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham & Women's Hospital	Brigham & Women's Physicians Organization
North Shore Medical Center	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham & Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickenson Hospital	Cooley-Dickenson Medical Group
Spaulding Rehabilitation Network	McLean Hospital

Partners 財務補助並非可用健康保險方案的替代方案。折扣根據所提供照護服務的類型和地點而有限度。

- 緊急服務和急症服務通常會納入折扣考量。
- 多數情況下，選擇性醫療服務、急性後期照護服務和行為健康服務（非緊急）不包含在財務補助折扣的範圍內。醫院在提供選擇性醫療服務、急性後期照護服務和行為健康服務之前，通常會進行財務結算審查，在與適合的醫療提供者進行審查之後，也可能根據患者的整體醫療狀況暫緩這些服務。
- 其他服務一律不列入財務補助折扣範圍內。
- 一般而言，保險定額手續費、共同承擔額或自付額不適用折扣。

若您未申請您有可能符合資格的政府補助方案，可能導致本申請暫緩或遭拒。若您在申請政府補助計畫時需要協助，我們的 PHS 財務顧問可以提供協助。

若要獲得補助，您必須完整揭露任何其他保險給付、第三方責任索賠、汽車保險給付或職業災害補償以供判斷。

若您對於本申請表有任何疑問，請聯絡醫院的[患者財務服務部門](#)，或致電 (617) 726-3884。

Partners HealthCare 財務補助申請表

申請表檢查清單

- 請填寫申請表中所有適用的部分，各部分皆有指示是否可留白。
- 請附上駕照、其他附照片的身份證明，或證明您目前住所的文件影本。所提交的任何內容皆必須包含您的姓名（第 1 部分）。
- 附上證明收入的表格（第 3 部分和第 4 部分）。
 - 附上您最新的 IRS 1040 或 1040A 影本。
 - 若您的收入最近發生變更，請附上最近的薪資單（至少 4 張）、失業證明、銀行/投資對帳單，和/或社會保險報表等文件。
- 若您的家庭高於目前美國聯邦收入貧窮線標準 (Federal Income Poverty Guidelines) 300%，則您也必須完成第 5 部分。若您的收入超過下列額度，則 FPL 高於 300%：

家庭人數	1	2	3	4	5
2019 FPL	\$37,476	\$50,736	\$63,996	\$77,256	\$90,516

- 資產可能會用來判斷您支付醫療帳單的可能性。若您符合下列任一項，則將需要提供您的資產資訊（第 6 部分）：
 - 您的永久住所不在美國境內
 - 您希望申請提供一般不符資格的醫療服務折扣（例如非緊急相關照護、定額手續費，共同承擔額或自付額）
 - 您希望申請 McLean Hospital、Partners HealthCare at Home 或 Spaulding Network 機構的折扣。
- 請將填妥的申請表直接交還給其中一位 [PHS 患者財務顧問](#)，或郵寄至：

Partners HealthCare
患者帳務解決方案部門
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, MA 02145-1462

為確保儘速審查您的申請，請完整填寫所有部分（除非另有指示）。
若您遺漏所需要的資料或文件，申請程序將會暫緩。

Partners HealthCare 財務補助申請表
1. 基本資訊

請完成此申請人相關部分。申請人是患者或負責患者財務的人員。

必要文件：請附上可證明住所的文件：駕照、其他附照片的身份證明，或證明您目前住所的文件。所提交的任何內容皆必須包含您的姓名

姓氏	名字	中間名縮寫
出生日期	性別 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	
電話號碼 住家電話：() 公務電話：() 手機： ()	郵寄地址 （包括城市、州和郵遞區號）	
患者姓名 （若非申請人）	患者接受服務日期 （包括提供服務的地點）	
患者出生日期 （若非申請人）		
患者病歷號碼 (MRN) 與帳號 (報表)		

Partners HealthCare 財務補助申請表
2. 家庭資訊

若情況適用，請列出與申請人同居的配偶和 19 歲以下子女。若申請人並未與配偶或子女同住，則此部分可留白。

家庭成員姓名	與患者的關係	出生日期

3. 所得收入

請完成此申請人與第 2 部分所列每位家庭成員所得收入的部份。請條列淨收入，即減去扣除額與賦稅之前的收入。若申請人與其家庭成員沒有任何所得收入，則此部分可留白。

必要文件：請附上證明此收入的文件：薪資單、所得稅、W2 對帳單、銀行對帳單或其他證明文件。

在職家庭成員姓名	僱主姓名與地址	所得淨額	頻率	僅供機構使用
			請勾選一項	
			<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	

Partners HealthCare 財務補助申請表

4. 其他收入

請完成此申請人與第 2 部分所列每位家庭成員所獲得其他收入的部份。其他收入係指非來自雇主的所得金額。請條列淨收入，即減去扣除額與賦稅之前的收入。若申請人與其家庭成員沒有任何其他收入，則此部分可留白。

必要文件：請附上證明此收入的文件：薪資單、所得稅、W2 對帳單、銀行對帳單或其他證明文件。

收入類型	獲得收入的家庭成員	所得淨額	頻率 請圈選一項	僅供機構使用
失業給付			每週、每月、每年	
社會保險給付			每週、每月、每年	
退伍軍人福利			每週、每月、每年	
年金與退休金			每週、每月、每年	
子女撫養與贍養費			每週、每月、每年	
租金收入			每週、每月、每年	
職業災害補償			每週、每月、每年	
股息與利息收入			每週、每月、每年	
其他			每週、每月、每年	

5. 其他醫療支出

您可能不適用此部分。僅在您的家庭收入高於聯邦收入貧窮線標準 300% 時（如第 2 頁所述）才需要填寫此部分。

若收入高於聯邦收入貧窮線標準 300%，您需要條列非來自第 1 頁所列地點（即非 Partners HealthCare 機構）的醫療照護支出。若收入低於聯邦收入貧窮線標準 300%，或沒有來自 Partners HealthCare 機構以外的醫療照護支出，則此部分可留白。我們可能會要求您提供文件，但目前不需要。

醫療支出	總金額	此費用發生的頻率為何？	僅供機構使用 總費用
醫療帳單		每週、每月、每年	
醫藥帳單		每週、每月、每年	

Partners HealthCare 財務補助申請表
6. 資產資訊

您可能不適用此部分。僅在您符合下列情況下，才需要請您填寫此部分：

- 您持有的永久住所不在美國境內，**或**
- 您希望獲得非緊急相關照護、定額手續費，共同承擔額或自付額的折扣。對於 Spaulding Network 實體或 McLean Hospital 的患者，若要求非緊急照護相關服務的財務補助，則不需提供資產資訊。

若您不符合上方列任何類別，則此部分可留白。

必要文件：請附上證明此收入的文件：銀行對帳單或其他證明文件。

您無須填入您的主要住所（您居住的地方）

資產	持有人	銀行或公司名稱	現金價值
儲蓄帳戶			
支票帳戶			
信用合作社帳戶			
信託基金			
股票/債券			
貨幣市場帳戶			
共同基金			
商業或投資財產			
其他			

Partners HealthCare 財務補助申請表

7. 授權

請仔細閱讀此部分並在底部簽名。

就本人所知，此申請表中的所有資訊皆為真實。本人同意應要求提供額外文件。本人瞭解，持有資訊者若並未取得本人的事先核准，不得向 **Partners HealthCare System, Inc.** 以外的他方揭露此機密資訊。

申請人簽名

日期

若代表申請人簽名：就本人所知，此申請表中的所有資訊皆為真實。

授權代表簽名

日期

授權代表姓名

與申請人的關係

聯絡電話號碼 _____

提交本申請表之前，請確認您已填妥本申請表的所有相關部分，並已附上能證明您財務狀況的所有必要文件。未填妥的申請表將不予核准。