

财务援助申请表

史坦福儿童医疗为未投保或投保不足的病人提供多种援助方案。我们的财务援助方案包括：

无需申请

- **未投保病人折扣** - 某些服务可能排除在外。
- **无息支付计划** - 余额通常需要在6个月内支付。

需要申请

- **财务需求折扣** - 折扣率近似于政府支付机构。某些服务可能排除在外。
- **全额财务援助** - 100%病人自理部分。某些服务可能排除在外。
- **长期无息支付计划** - 面向有资格申请财务需求折扣的病人。

必须提交填妥的财务援助申请表和收入证明，我们方可考虑提供财务需求折扣和/或全额财务援助。我们收到您填妥的申请表后，就会评定您是否符合州府或县府计划的资格。如果经评定后，我们确定您不符合这些计划的资格，我们会评价您的财务援助申请，确定您是否符合财务需求折扣或全额财务援助的资格。凡符合资格者，其在史坦福儿童医疗接受服务所发生的医院账单以及史坦福大学聘用的医生所开出的医生账单，均可获得财务援助。

财务需求折扣和全额财务援助并非涵盖所有服务。考虑未来的服务时，将以医疗必需性和大病费用为基础。

考虑财务援助时，我们首先考虑的是帮助接受急诊服务的病人。其次是帮助已经或将要接受医疗上必需的非急诊服务者，这些服务属于以下两大类中的任何一类：

- A. 第1类：史坦福儿童医疗是距离病人住宅或工作场所最近的医院；或
- B. 第2类：史坦福儿童医疗不是距离病人住宅或工作场所最近的医院，但适用以下一项或多项因素：
 - (a) SCH首席品质和医疗信息官认定，病人情况特殊或异常，需要在史坦福儿童医疗治疗。
 - (b) SCH首席品质和医疗官认定，病人的医护会增进该院的教学使命。

申请表上必须填写的重要信息

收入证明 (POI): 请提交以下资料或解释为何不能提供如下必填信息或未能解释为什么无法提供该信。无法提交所需的文件可能会延误您的申请, 并可能导致援助申请被否决:

以下是申请SCH财务援助所需的POI文件清单	
收入的种类	所需文件
受雇	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格) • 最近两次的工资单存根
自雇	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格)
社会安全保障金/退休金	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格) • 社会安全局发出的显示每月津贴的裁定单 • 社会安全局发出的月结单证明
残障人士	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格) • 残障局发出的显示每月津贴的裁定单 • 残障局发出的月结单证明
失业人士	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格) • 失业局发出的显示每月津贴的裁定单 • 失业局发出的月结单证明
伴侣/孩子	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格) • 每月津贴的裁定单
出租物业	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格)
投资的收入	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格)
受养人的证明	<ul style="list-style-type: none"> • 去年个人退税单的影印件 (1040表格)

我们将尽快处理您的申请, 申请经审核后, 您会收到一封确认结果的信函。请将填妥的申请表与证明材料一起邮寄到以下地址:

Stanford Children' s Health
 Patient Financial Assistance
 470 Bohannon Drive
 Menlo Park, CA 94025

也可将申请表传真至: (650) 497-8610或电邮至:

PFA@stanfordchildrens.org

财务援助申请表

申请日期: _____

1. 家庭信息 (请列举申请财务援助所有需要考虑到的人名)				
姓	名	中间名缩写	病历编号	出生日期
姓	名	中间名缩写	病历编号	出生日期
姓	名	中间名缩写	病历编号	出生日期

*如果病人是未成年人, 请将家长/监护人列为申请人和联名申请人。

2. 申请人 (担保人) 信息				
与病人的关系			婚姻状况	
• 本人 • 配偶/伴侣 • 家长 • 其他 _____			• 未婚 • 已婚/伴侣 • 离婚 • 分居	
如果您在已婚或伴侣一项选择是: 请继续第3项。				
姓	名	中间名缩写	美国公民	
			• 是 • 否	
出生日期	受养人的人数 (本人和联名申请人除外)	受养人的年龄		住宅电话
				移动电话
			()	()
街道地址 (不要用邮政信箱地址)		城市	州	县
				邮政编码
当前雇主		地址、城市、州		职位
* 如果您目前没有工作, 请问您失业多久了?				

3. 联名申请人 (担保人) 信息				
与病人的关系			婚姻状况	
• 配偶/伴侣 • 家长 • 其他 _____				
姓	名	中间名缩写	美国公民	
			□是 □否	
出生日期	受养人的人数 (不包括联名申请人的受养人)	受养人的年龄		住宅电话
				()
街道地址 (不要用邮政信箱地址)		城市	州	县
				邮政编码
当前雇主		街道地址、城市、州		职位
* 如果您目前没有工作, 请问您失业多久了?				

4. 财务援助问题: -- (所有问题都与病人有关)		请选择适当的回答
1.	病人申请财务援助是为了: 过去的服务: (请指明日期: _____) 将来的服务: (请指明日期: _____)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.	病人是否有医疗保险? 如果有, 请提供以下信息: 医疗保险名称: _____ 投保人姓名: _____ 会员/病人身份号: _____ 团体编号: _____ 团体/雇主姓名: _____ 生效日期: _____ 医疗保险电话号码: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.	病人是否有资格参加州医疗补助计划? 如果有, 请提供以下信息: 计划的名称: _____ 县: _____ 病人身份号码: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.	病人是否正在因工伤赔偿险涵盖的伤病而接受治疗? 如果是, 请提供以下信息: 工伤赔偿保险公司的名称: _____ 理算员姓名: _____ 理算员电话号码: _____ 受伤日期: _____ 理赔/案件编号: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5.	病人是否正在因第三方责任险 (如汽车保险公司) 涵盖的伤病而接受治疗? 如果是, 请提供以下信息: 汽车保险公司或律师的名称: _____ 汽车保险公司或律师的电话号码: _____ 受伤日期: _____ 理赔/案件编号: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.	病人是否犯罪受害人? 如果是, 请提供以下信息: 受伤日期? _____ 办案员姓名: _____ 办案员电话号码: _____ 案件编号: _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

5. 收入信息 (请在本申请表第4页填写其他收入)			
每月收入来源	申请人	联名申请人	合计月收入
工作收入	\$	\$	\$
社会保障	\$	\$	\$
残疾金	\$	\$	\$
失业金	\$	\$	\$
配偶/子女抚养	\$	\$	\$
租赁物业	\$	\$	\$
投资收入	\$	\$	\$
其他, 请用以下空白处	\$	\$	\$
合计月收入总额			\$

6. 如果您没有月收入，请说明您如何应对每月开支。（如有需要请添加空白页）

7. 签名								
本人声明所有信息皆正确完整，并特此授权史坦福儿童医疗在必要时可索取报告，并/或核实上述信息。								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">申请人</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">日期</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">联名申请人</td> <td style="width: 19%; text-align: center;">日期</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black;"> </td> <td style="border-top: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	申请人	日期	联名申请人	日期				
申请人	日期	联名申请人	日期					

申请表填好后请交回：	SHC Patient Financial Assistance - 4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025 或电邮 - PFA@stanfordchildrens.org - FAX: (650) 497-8610
-------------------	--