

**Mass General Brigham 財務援助申請**

請列印並填寫您的申請適用的所有部分。本申請無法以電子版本完成。在填寫前請詳細閱讀所有指示。

此申請用於評估您是否有資格從 Mass General Brigham 服務提供者獲得醫療費用的財務援助。您可透過此申請從以下任何 Mass General Brigham 實體申請健康照護帳單的援助：

Massachusetts General Hospital	Massachusetts General Physicians Organization
Brigham and Women's Hospital	Brigham and Women's Physicians Organization
Salem Hospital	North Shore Physicians Group
Newton-Wellesley Hospital	Newton-Wellesley Medical Group
Brigham and Women's Faulkner Hospital	Martha's Vineyard Hospital
Mass Eye and Ear	Mass Eye and Ear Associates
Nantucket Cottage Hospital	Nantucket Cottage Medical Group
Cooley-Dickinson Hospital	Cooley-Dickinson Medical Group
Spaulding Rehabilitation	McLean Hospital
Wentworth-Douglass Hospital	Wentworth Health Associates

Mass General Brigham 財務援助不等於加入任何現有健康保險計劃或援助計劃。儘管計劃承保所有必要醫療服務，但折扣因所提供的服務類型和提供治療的地點而有所不同。請參閱我們網站上的完整政策，瞭解承保範圍的詳細內容。以下是通常不在承保範圍內服務的部分清單。

- 網路外牙醫服務
- 整容外科手術
- 不孕症服務（ART 和 IVF）
- 大多數非醫療必要的照護，包含胃繞道服務
- 患者便利項目，包含升等病房
- 經指定為「僅限自付」的服務

如您未能申請可能符合資格的政府援助計劃，可能會導致延後或拒絕您的申請。如果您在申請政府援助計劃時需要協助，我們的 Mass General Brigham 財務顧問可提供協助。

您必須全面揭露任何其他保險、第三責任索賠、機動車輛保險或勞工賠償給付範圍，才會予以考慮。

如您對此申請具有任何疑問，請聯絡醫院的[患者資助服務部](#)或致電 (617) 726-3884。

**Mass General Brigham 財務援助申請****申請檢核表**

- 填寫申請所有適用的部分 – 如果可以空白將會明確指出。
- 包含駕駛執照副本、其他有照片的身份證件或確認您目前居住地的文件。提出的任何文件都必須包含您的姓名（第 1 節）。
- 包含某種形式的所得證明（第 3 節和第 4 節）。
  - 包含您的 IRS 1040 或 1040A 最新副本
  - 如果您的所得最近發生變化，請包含最近的支票存根（最少 4 張）、失業證明、銀行/投資對帳單和/或社會安全報表等文件。
- 如果您的家庭超過目前美國聯邦所得貧困指南 (FPL) 的 300%，您還必須填寫第 5 節。如果您的所得超過以下限額，您將超過 FPL 的 300%：

家庭人口	1	2	3	4	5
2020 FPL	\$37,470	\$50,730	\$63,990	\$77,250	\$90,510

- 資產可用於確定您支付醫療費用的能力。如果您適用以下任何一項，您將需要提供您的資產相關資訊（第 6 節）：
  - 您的永久居留地在美國境外
  - 您正為通常不符合條件的服務申請折扣（例如非緊急相關治療、共付額、共同保險及自負額）
  - 您要求在 McLean Hospital、Partners HealthCare at Home 或 Spaulding Network 設施享受折扣。
- 請將填妥的申請直接交給其中一位 [PHS 患者財務顧問](#)，或郵寄至：

Mass General Brigham  
Patient Billing Solutions  
399 Revolution Drive, Suite 410  
Somerville, MA 02145-1462

為確保及時審核您的申請，請填寫所有部分，除非另有指示。如您缺少必要資訊或文件，將導致申請延後處理。

**Mass General Brigham 財務援助申請**
**1. 基本資訊**

此部分請填寫申請人相關資訊。申請人必須是患者或替患者負擔財務的人。

**必要文件：**請包含確認居住地的文件：駕駛執照、其他有照片的身份證件或證明您目前居住地的文件。提出的任何文件都必須包含您的姓名。

姓氏	名字	中間名縮寫
出生日期	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	
電話號碼 住家電話： (     ) 工作電話： (     ) 手機： (     )	郵寄地址（請包含城市、州和郵遞區號）	
患者姓名（如果不是申請人）	患者治療日期（請包含治療地點）	
患者出生日期（如果不是申請人）		
患者病歷號碼 (MRN)及帳戶（對帳單）		

**Mass General Brigham 財務援助申請**
**2. 家庭資訊**

如適用，請列出申請人配偶及 19 歲以下的同居子女。如果申請人不與配偶或子女同住，此部分可空白。

家庭成員姓名	關係	出生日期

**3. 勞務所得**

請填寫本節，說明申請人和第 2 節所列每位就業家庭成員的勞務所得。請列出總所得，即應稅及扣除前的所得。如果申請人及其家庭成員沒有任何勞務所得，此部分可空白。

必要文件：請提供證明此所得的文件：支付存根、所得稅單、W2 對帳單、銀行對帳單或其他證明。

就業家庭成員姓名	雇主姓名和地址	勞務所得總額	頻率 <i>圈選一項</i>	僅限設施 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	

**Mass General Brigham 財務援助申請**
**4. 其他所得**

請填寫本節，說明申請人和第 2 節所列每位家庭成員的其他所得。其他所得是非來自雇主的報酬。請列出總所得，即應稅及扣除前的所得。如果申請人及其家庭成員沒有任何其他所得，此部分可空白。

必要文件：請提供證明此所得的文件：支付存根、所得稅單、W2 對帳單、銀行對帳單或其他證明。

所得類型	家庭成員所得	勞務所得總額	頻率 <i>圈選一項</i>	僅限設施使用
失業			每週、每月或每年	
社會安全			每週、每月或每年	
退伍軍人福利			每週、每月或每年	
年金和養老金			每週、每月或每年	
子女撫養費			每週、每月或每年	
租賃所得			每週、每月或每年	
勞工賠償			每週、每月或每年	
股利及利息所得			每週、每月或每年	
其它			每週、每月或每年	

**5. 其他健康照護費用**

您可能不適用本節。僅當您的家庭所得超過聯邦所得貧困指南的 300% 時，才填寫本節（如第 2 頁所述）。

如果您超過聯邦所得貧困指南的 300%，則需要針對第 1 頁未列出的地點（即非 Partners HealthCare 機構）列出健康照護費用。如果您的家庭所得低於 300%，或者您沒有來自 Partners HealthCare 以外的健康照護費用，此部分可空白。可能會要求提供文件，但目前不需要。

醫療費用	總額	頻率	僅限設施使用 <i>總費用</i>
醫療帳單		每週、每月或每年	
藥局帳單		每週、每月或每年	

**Mass General Brigham 財務援助申請****6. 資產證明**

您可能不適用本節。僅在下列情況，填寫此部分：

- 您的永久居留地在美國境外，**或**
- 您正為非緊急相關治療、共付額、共同保險或自負額申請折扣。針對 **Spaulding Network** 實體或 **McLean Hospital** 提供的非緊急醫療服務申請經濟援助，患者無需提供資產證明。

如果您不適用上面列出的任何類別，此部分可空白。

**必要文件：**請提供證明此所得的文件：銀行對帳單或其他證明。

您不需要包含您的主要居住地（您居住的地方）

資產	擁有人	銀行或公司名稱	現金價值
儲蓄帳戶			
支票存款帳戶			
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			
商業或投資性不動產			
其它			

**7. 授權**

請仔細閱讀本節，並在底部簽名。

據我所知，此投申請上的所有資訊正確無誤。我同意根據要求提供額外文件。本人明白這些機密資訊未經本人事先同意，不得向 **Mass General Brigham** 以外的任何一方揭露。

---

申請人簽名

---

日期

*如果代表申請人簽名：據我所知，此投申請上的所有資訊正確無誤。*

---

授權代表簽名

---

日期

---

授權代表姓名

---

與申請人的關係

---

聯絡人電話號碼

在遞交之前，請確保您已填寫此申請的所有適用部分，並已包含所有必要文件。未完整填寫的申請將不會核准。