

財務援助計畫**財務援助申請表封面
Mass General Brigham**

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

尊敬的申請人：

您可能有資格獲得 **Mass General Brigham** 財務援助計畫以及其他醫療機構的財務協助。

如何申請？

為了確認您或您的家戶是否符合資格，您必須填寫申請表，並提供收入證明及下列文件的影本：

申請時必須一併提交的證明文件	請勾選已包含的項目
1. 您最近一年的完整聯邦所得稅申報表（1040 表格）影本，包含所有附表以及去年的 W-2 表格。 或者如果您未申報所得稅，請參閱下方的聲明書 ☐ 確認聲明書 勾選此方格即代表我確認並聲明，我未申報最近一個稅務年度的聯邦或州所得稅。我理解此項聲明係屬真實且自願。 簽名：_____ 簽署日期：_____	

財務援助計畫

2. 最近連續三 (3) 期的薪資單影本，不論發薪週期為何；或由僱主出具並使用公司信頭紙的聲明書	
3. 若為自營作業者，須提供（自當月起算）12 個月的損益表；不接受去年的報稅單	
4. 若您無收入，請參閱下方的「無收入與撫養聲明書」，這是處理您的申請所必需的。請向我們索取此表格。	
5. 最近三 (3) 份的銀行對帳單影本（例如：儲蓄帳戶、支票帳戶、貨幣市場、IRA、401K 等）。必須提供所有帳戶且包含所有頁面（包含空白頁） a. 若您沒有銀行帳戶，須簽署「無銀行帳戶聲明書」，這是處理程序所必需的。請向我們索取此表格。	
6. 失業救濟金或身心障礙補助證明影本（須包含開始日期）	
7. 退休金福利證明影本	
8. 社會安全福利收入證明影本（年度福利對帳單、支票影本或直接匯款證明）	
9. 政府援助通知書影本，包含衛生與公共服務部的「資產消耗」通知，以及糧食券分配決定信。 必須提供所有頁面	
10. 勞工賠償證明影本（請註明受傷日期）。您必須全面揭露任何其他保險給付、第三方責任索賠、汽車保險或勞工賠償給付，方具被考慮的資格。	
11. 子女撫養費協議影本，付款證明與頻率，或註明已支付及/或已收到撫養費的證明信函。	
12. 若您已婚但與配偶分居，須提供法院核發的法定分居證明文件影本 b. 若您的分居未經過法院程序，則須提供經公證的分居聲明書及/或租賃協議	
13. 您是否有私人牙科保險？若有，您將不符合 WHP 社區牙科中心的申請資格。您應前往私人牙科診所就醫。 *接受新罕布夏州醫療補助 (NH Medicaid)、DentaQuest 及 MaineCare。所有病患須於就診時支付 35 美元看診費。假牙、局部假牙及其他檢驗服務將另行收費。 *麻薩諸塞州居民不符合牙科服務資格。	
14. WHP Community Dental 服務資格的額外要求 居住於主要服務區域內，包括：Barrington, Berwick, Dover, Durham, Lee, Madbury, Rollinsford, Somersworth, 及 South Berwick 或者就診於 WHP 的初級保健醫師 (PCP) 或專科醫師。	

****我們可以為您影印任何適用的文件****

文件不會歸還給申請人；它們將被掃描並安全銷毀。

財務援助計畫

請使用此檢查清單以確保我們擁有所有必要的資訊，以便快速且正確地處理您的申請。我們可能會要求您提供額外資訊，因此請確認您填寫的聯絡資訊準確無誤。

請注意，大多數選擇性醫療程序將不被納入援助範圍，例如：

- 美容外科手術
- 試管嬰兒 (IVF)
- 人工生殖技術療法 (ART)
- 付款人未確認胃繞道手術服務的醫療必要性
- 帳戶與研究調查相關
- 患者便利項目，包括根據患者請求而提供的高級食宿和過夜住宿，而這些項目通常不包含在健康保險計畫中
- 其他根據預確立自費費用表計費的非必要醫療服務
- 所有未在 McLean Hospital 向健康保險公司提交索賠的住宅性全包計畫

如您未能申請可能符合資格的政府援助計畫，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畫時需要協助，我們的 Mass General Brigham 財務顧問可提供協助

您提供的資訊將被保密。

在我們確認您是否符合援助資格之前，您仍需為您接受的任何服務負擔財務責任。為了防止帳單進入催收程序，您可以致電 **617-726-3884** 聯繫客戶服務部設立付款計畫。

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。

如果您在寄回申請表後 30 天內未收到我們的回覆，或您需要協助理解內容，請致電我們的財務援助辦公室，我們的代表將為您提供協助。

[欲查看 Mass General Brigham 的財務援助政策，請點擊連結 Financial Assistance | Mass General Brigham](#)

申請表可透過郵寄、電子郵件或傳真方式遞交：

Mass General Brigham 病患；
Patient Billing Solutions
399 Revolution Drive, Suite 410
Somerville, Ma 02145-1462
電話：617-726-3884，傳真：857-282-5642
電子郵件：PHSFinancialApplication@MGB.org

財務援助計畫

Wentworth-Douglass Hospital & Wentworth Health Partners 病患；

郵寄地址：789 Central Avenue, Dover, NH 03820

親臨地址：121 Broadway, Dover, NH 03820

電話：603-740-3234，傳真：603-740-3366

電子郵件：Charity.Care@WDHospital.org

財務援助申請

1. 病患資訊：

姓氏	名字	中間名縮寫	社會安全號碼	出生日期
街道地址	城市	州	郵遞區號	居住該地址的時間長度
郵寄地址	城市	州	郵遞區號	居住該地址的時間長度
電話號碼	電子郵件地址	請選擇適用項目： ☐ 單身 ☐ 分居 ☐ 美國公民	☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 新罕布夏州居民	☐ 民事結合 ☐ 喪偶

2. 帳單負責人

姓氏	名字	中間名縮寫	與病患之關係	社會安全號碼
地址（若與病患不同）		電話號碼	電子郵件地址	
保險公司名稱（列於去年的報稅單上）			生效日期	

3. **請列出住在該家戶中的所有成員，包含申請人：

若空間不足，請使用額外紙張。

姓名	與病患之關係	出生日期	社會安全號碼	醫師姓名
1.	本人			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. 這是針對牙科服務的申請嗎？ ☐ 是 ☐ 否

財務援助計畫

5. 若您家戶中任何人擁有保險，請填寫：

健康保險（計畫/名稱）_____，健康儲蓄賬戶（請勾選） - ☐ 是 ☐ 否 對象是誰：_____

保單號碼/ID 號碼 _____ 自付額金額： _____

Medicare Part A _____, Medicare Part B _____ 接受補助以支付 _____

Medicare Part B _____ 對象是誰： _____ 對象是 _____

6. 您家戶中是否有人已申請 Medicaid? ☐ 是 ☐ 否

對象是誰： _____ 若勾選「是」且被拒絕，請提供 Medicaid 拒絕通知書的影本。

7. 您是否曾在其他機構申請過財務援助? ☐ 是 ☐ 否 如果是，在何處? _____

8. 您家戶中是否有人懷孕? ☐ 是 ☐ 否

9. 您家戶中是否有人曾在軍隊服役? ☐ 是 ☐ 否 是誰? _____

10. 您最近是否提出過勞工賠償或車禍事故索賠? ☐ 是 ☐ 否 日期: _____

11. 您家戶中是否有人符合社會安全福利的資格? ☐ 是 ☐ 否 是誰? _____

12. 是否有其他人在其所得稅申報單上將您列為受撫養人? ☐ 是 ☐ 否 是誰? _____

財務援助計畫

13. 家庭資訊

第 1 位
(病患)

第 2 位
(配偶/受撫養人)

第 3 位
(受撫養人)

每位家庭成員姓名：

雇主名稱：

每月收入來源：

就業（薪資）：

自營作業：

投資帳戶：

房地產租金：

失業起始日：_____（日期）

退休金：（社會安全金、養老金、年金）

贍養費/子女撫養費：

公共援助、糧食券：

其他所得：

儲蓄與投資：

支票存款帳戶餘額

儲蓄帳戶與定存 (CD) 餘額

個人退休帳戶 (IRA)、403B、401K：

具體說明：

其他儲蓄與投資：

具體說明：

其他：

汽車：

年份，廠牌。型號？

休閒露營車：

年份，廠牌。型號？

14. 家庭支出

每月租金：\$_____ 或房貸付款：\$_____ 房貸餘額：\$_____

未包含在上述付款中的房地產稅金額：\$_____ 房屋價值：\$_____

您是否擁有主要住所以外的房產？☐ 是 ☐ 否 若是，價值為何？\$_____ 房貸餘額：\$_____

若其他房產為營業用，請列出地址：_____

每月貸款付款：\$_____ 支付給：_____ 用途：_____

是否從社會安全支票中扣除 Medicare Part D 費用：☐ 是 ☐ 否 金額：\$_____

水電瓦斯費 \$_____ 保險
(汽車/人壽/財產) \$_____ 其他：_____ \$_____

贍養費/子女撫養費 \$_____ 健康保險 \$_____ 其他：_____ \$_____

托兒費用 \$_____ 醫療帳單 \$_____ 其他：_____ \$_____

生活費（汽油、食物、\$_____ 藥物 \$_____ 其他：_____ \$_____

財務援助計畫

15. 權利轉讓 - 請仔細閱讀

若我未完全揭露或不實陳述任何收入或資產，任何提供給我的慈善護理折扣協議將視為無效，並將追溯至帳單欠款之日起失效。

簽署下方的所有成年家戶成員，授權發布任何與其醫療照護或財務援助資格直接相關的醫療、財務或就業資訊。此資訊可能會發布給家戶成員曾尋求醫療服務或財務援助的任何醫療保健提供者。根據 HIPAA 聯邦法規的規定，所有提供的資訊將保持機密。選擇性醫療程序可能不被納入援助考慮範圍。

若我收到針對本申請涵蓋之醫療服務的任何形式付款（例如保險理賠、政府計畫付款、訴訟賠償或任何其他付款），我同意償還全額的財務援助款項。

若我獲得財務援助，我同意告知我最初申請的機構任何可能影響資格的變更，包括家庭人數、收入和健康保險覆蓋範圍的變更。我了解，若我/我們的醫療狀況發生變化，使我/我們可能符合公共援助計畫的資格，我將需要申請該計畫並提供申請證明。

申請人簽名

日期

共同申請人簽名

日期

受撫養人簽名

日期