

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

Brigham & Women's Hospital

North Shore Medical Center

Newton-Wellesley Hospital

Brigham & Women's Faulkner Hospital

Nantucket Cottage Hospital

Cooley-Dickenson Hospital

Spaulding Rehabilitation Network

Massachusetts General Physicians Organization

Brigham & Women's Physicians Organization

North Shore Physicians Group

Newton-Wellesley Medical Group

Martha's Vineyard Hospital

Nantucket Cottage Medical Group

Cooley-Dickenson Medical Group

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。