

## 經濟援助計劃

### 申請表

- 對於患者有資格享有的政策涵蓋服務，經濟援助計劃將為患者提供相應折扣。
- 請填寫、簽署所附之經濟援助申請表並註明日期，同時附上所需的收入核實文件，然後傳真或寄回至提供/即將提供服務的地點。
- 我們將對您填妥的申請表進行審查，以確認是否可獲得最高達總繳費額 100% 的折扣（任何適用之共付額除外）。
  - 經濟援助計劃共付額不可獲得進一步折扣，具體如下：
    - 門診治療/診斷性檢查 **\$5.00 共付額**
    - 高價診斷性檢查/緊急護理服務 **\$25.00 共付額**
    - 門診手術/急救護理或住院治療 **\$50.00 共付額**
  - 注意：共付額不適用於醫生診室就診**
- 若您不符合獲得經濟援助計劃的資格，且您未投保，則針對所有涵蓋的醫療服務，您均可自動享有未投保情況下的折扣（美容性服務或可選服務除外）。

### 資格

為符合經濟援助計劃的資格，您可能需要提交下列所有或部分材料：

- 去年報稅表的影本
- 當前工資存根影本（如適用）
- 用於確認其他收入來源的更多文件；例如，包括（但不限於）：子女撫養費、贍養費、工傷補償金、公共援助、自營職業收入、失業所得等。
- 在您的申請表上應體現家庭所有收入和家中所有人口，包括居住和收入來源證明。
- 在資格審查過程中，若認定您符合替代性資助來源的資格，則您在考慮申請經濟援助計劃之前，可能需要填寫此替代性計劃的申請表；例如：MEDICAID 補助、未保險駕駛人等計劃的申請表。

**請注意：若未能給予配合及尋求獲得其他計劃的承保資格（例如 MEDICAID、傷殘保險、人身傷害索賠、工傷補償金、未保險駕駛人等），則可能導致經濟援助計劃資格被拒。**

### 經濟援助不適用於：

- 多數共付額、免賠額及共保額。
- 個人費用項目，如電話費和電視費。
- 不具有醫療必需性的服務，包括可選手術、美容手術及不孕不育治療。
- 由其他醫療服務網路內的保險承保的服務。

### 援助

如您對經濟援助政策有何疑問、需要幫助填寫經濟援助申請表或需要正確的郵寄地址，以提交填妥的申請表，請參考下列資訊：

提供/即將提供服務的機構/醫療系統	財務顧問	客戶服務	財務顧問傳真號碼：	將填寫完整的申請表郵寄至：
GENESYS HEALTH SYSTEM	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	PATIENT ACCESS/FINANCIAL COUNSELING DEPT. ONE GENESYS PARKWAY, GRAND BLANC, MI 48439
ST. MARY'S OF MICHIGAN – SAGINAW	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	FINANCIAL COUNSELING DEPT. 4599 TOWNE CENTRE RD. SAGINAW, MI 48604
ST. MARY'S OF MICHIGAN – STANDISH HOSPITAL	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	FINANCIAL COUNSELING DEPT. 805 W. CEDAR ST., STANDISH, MI 48658
ST. JOSEPH'S HEALTH SYSTEM – TAWAS	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	FINANCIAL COUNSELING DEPT. 200 HEMLOCK, TAWAS CITY, MI 48764
ASCENSION MEDICAL GROUP 醫生 GENESYS	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C – FINANCIAL ASSISTANCE DEPT. 4616 WEST HOWARD LANE, SUITE 850 AUSTIN, TEXAS 78728
ASCENSION MEDICAL GROUP 醫生 St. MARY'S、STANDISH 以及 St. JOSEPH'S HEALTH SYSTEM 服務提供者	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C – FINANCIAL ASSISTANCE DEPT. 10330 N MERIDIAN ST., SUITE 200 INDIANAPOLIS, IN 46290

如果您要提交（傳真）用於資格審議的財務資訊或其他資訊，請務必在每個傳真頁面的右上角寫明患者姓名、出生日期及帳號（如適用）。

對於您希望由我們來滿足您的醫療服務需求，我們由衷感謝您的信任

### 經濟援助計劃申請

患者資訊 (請正楷書寫)

患者姓名				帳號	
出生日期	婚姻狀態	性別		電話號碼	
地址：	城市	州	郵遞區號	電子郵件地址	
社會安全號碼	僱主	全職 兼職		每週工時	
僱主地址：	城市	州	郵遞區號	電話號碼	

負責方資訊

姓名 同上	出生日期	婚姻狀態	性別		電話號碼
地址		州	郵遞區號	電子郵件地址	
社會安全號碼	僱主	全職 兼職		每週工時	
僱主地址	地址	州	郵遞區號		電話號碼

負責方配偶資訊

配偶姓名	社會安全號碼	出生日期
配偶僱主：	地址：	城市 州 郵遞區號
		電話號碼

受撫養人：

姓名	年齡	關係	姓名	年齡	關係

每月總收入

申請人所賺收入	_____
申請人配偶收入	_____
申請人社會安全福利	_____
退休金/退休收入	_____
失業補償金	_____
工傷補償金	_____
利息/股息收入	_____
子女撫養費	_____
贍養費	_____
房屋出租收入	_____
食品券	_____
其他	_____
其他	_____
<b>總收入：</b>	<b>\$ _____</b>

資產

留存現金	_____
儲蓄帳戶	_____
支票帳戶	_____
存款單	_____
證券	_____
壽險	_____
其他不動產	_____
其他	_____

機動車/生產資訊和款型：年份      價值

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

財務結算：

壽險	_____
繼承	_____
其他	_____

資產總值： \$ \_\_\_\_\_

評論： \_\_\_\_\_

每月生活費

	支付金額	餘額
房貸/房租	_____	_____
電費	_____	_____
燃氣費	_____	_____
電話費	_____	_____
水費	_____	_____
食品雜貨費	_____	_____
有線電視費	_____	_____
汽車分期付款	_____	_____
手機費	_____	_____
日托費	_____	_____
子女撫養費/贍養費	_____	_____
處方藥費	_____	_____
<b>信用卡：</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>其他醫生/醫院帳單：</b>		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>保費：</b>		
1. 車險	_____	_____
2. 財產保險	_____	_____
3. 醫療保險/壽險	_____	_____
<b>其他貸款支付金額：</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
<b>其他每月付款：</b>		
統一綜合預算協調法案 (cobra)	_____	_____
壽險	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>每月總開支：</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

本人謹此證明，據本人所知所信，上述資料真實完整。如醫院認為必要，本人特此授權醫院從外部信用報告機構獲取相關資訊。

日期

患者、配偶、擔保人或法定代表人簽字

**經濟援助計劃申請表證明**

本人於此申請表上的簽名證明，據本人所知所信，本人在經濟援助計劃申請表上提供的所有聲明和資訊均真實準確，並證明本人已披露關於本人財務狀況的所有事實。本人理解並承認，如在此申請表中提交任何虛假資訊或未能配合相關工作，以使本人享有其他計劃（可承保本人護理費用的其他計劃，例如 Medicaid、人身傷害索賠、工傷補償保險、未保險駕駛人等）的資格，則可能導致本人享有經濟援助計劃的資格遭拒，並將由本人負責承擔所提供之服務的費用。本人同意，允許被授權醫院/服務提供商代表索取和審查本人的信用報告，並採取其他合理的步驟驗證和核實此申請表中提供的所有資訊。本人理解，若本人有資格享有的折扣低於 100%，則本人需負責支付帳單的餘下部分。

患者/責任方簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**缺少收入證明（僅在提交的申請表中呈零收入時填寫）**

本人目前失業，無收入來源。本人透過如下方式獲取生活費：


簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

僅供經濟援助計劃管理員填寫

收入/受撫養人/費用核實	
核實的總收入（所有來源）	
核實的受撫養人總數	
核實的費用總額	

F.A.P. 所採用的方法資格認定（勾選所有適用項）	
<input checked="" type="checkbox"/>	經濟情況調查
<input checked="" type="checkbox"/>	推定-推定類型：
<input checked="" type="checkbox"/>	浮動費率制

F.A.P. 資格認定過程中的其他注意事項	

F.A.P. 資格認定/狀態	
<input type="checkbox"/> 已批准	折扣比例%：
<input type="checkbox"/> 待定	原因：
<input type="checkbox"/> 已拒絕	原因：
評估和認定執行者：姓名： 電話：	

F.A.P. 認定通知	
通知申請者的日期：	
F.A.P. 申請者通知方法	
<input type="checkbox"/>	透過電話通知-接收通知者的姓名：
<input type="checkbox"/>	透過美國郵政寄送通知（通知函副本存檔）
<input type="checkbox"/>	透過其他方法通知：請具體說明：
發送通知者：姓名： 電話：	

F.A.P. 帳戶處理			
帳號	處理/調整的金額	帳號	處理/調整的金額
日期：	處理/調整者：姓名：	電話：	