



Stanford
MEDICINE

Health Care

财务补助申请表说明

Financial Assistance Application Instructions (Simplified Chinese)

本表为斯坦福医学部 (Stanford Medicine) 的财务补助 (也叫慈善医疗) 申请表。在财务补助中, “斯坦福医学部” 包括斯坦福医学部医疗中心 (Stanford Medicine Health Care)、斯坦福医学部三谷中心 (Stanford Medicine Tri-Valley) 和斯坦福医学部合作伙伴 (Stanford Medicine Partners)。斯坦福医学部为以下患者提供财务补助: 1) 无保险, 且家庭收入不超过联邦贫困线 400% 的患者; 2) 有保险, 但家庭收入不超过联邦贫困线 400%, 且符合下文所定义之高额医疗费用标准的患者。财务补助仅适用于由斯坦福医学部提供的服务。

斯坦福医学部为患者提供多种财务补助项目。我们的财务补助项目包括:

免申请项目 (No Financial Assistance Application Required)

- **未参保折扣 (Uninsured Discounts)**——所有未参保患者将自动获得斯坦福医学部收费项目的折扣。部分服务项目不适用于未参保折扣。如需了解详情, 请联系客户服务计费部 (Customer Service Billing)。

需要申请的项目 (Financial Assistance Application Required)

- **全额财务补助 (Full Financial Assistance)**——无保险患者, 若其家庭收入不超过联邦贫困线 400%, 可获得 100% 患者应付款项的减免; 有保险患者, 若其家庭收入不超过联邦贫困线 400%, 且产生高额医疗费用 (见下文定义), 亦可获得 100% 患者应付款项的减免。部分服务不适用于财务补助——请联系客户服务计费部 (Customer Service Billing) 了解详情。“高额医疗费用”指以下任一情形: (i) 患者在斯坦福医学部产生的年度自付费用超过当前家庭收入与过去 12 个月家庭收入两者中较低者的 10%; 或 (ii) 患者提供其本人或家庭年度过去 12 个月已支付患者医疗费用的相关证明, 且这些年度自付费用超过患者家庭收入的 10%。

延长版无息分期付款计划 (Extended No Interest Payment Plans)

- 患者可申请延期付款计划来支付其应付款项。所有付款计划均免息。患者有权协商其付款计划的具体条款。

为顺利处理财务补助申请, 您必须:

- 提供家庭信息, 填写家庭成员人数, 包括:

当患者年满 18 岁时, 家庭成员包括:

- 患者本人
- 配偶
- 注册同居伴侣
- 21 岁以下的受抚养子女
- 任何年龄的受抚养残障子女

当患者未满 18 岁, 或为 18 至 20 岁的受抚养人时, 家庭成员包括:

- 患者本人
- 患者的父母
- 患者的照护亲属
- 患者父母或照护亲属的其他 21 岁以下的受抚养子女
- 患者父母或照护亲属的任何年龄的残障子女

- 提供家庭每月总收入 (税前和扣除前收入)
- 需要时附加额外信息

- 在表格上签名、注明日期

英文财务补助申请和证明文件现在可以使用 MyHealth 提交，所有其他申请材料请通过邮寄、发电子邮件、传真或前往以下地址亲自递交。斯坦福医学部将维护每位患者的隐私和尊严。为申请补助而提交的任何信息都将按照《健康保险流通与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, 简称 HIPAA) 的规定，视为受保护的健康信息。斯坦福医学部不会在追讨行动中使用本财务补助中的信息。

斯坦福医学部医疗中心 (Stanford Medicine Health Care) 或斯坦福医学部合作伙伴 (Stanford Medicine Partners)
500 Pasteur Drive, Palo Alto, CA 94304

客户服务计费部 (Customer Service Billing)
电话: (800) 549-3720
周一至周五, 上午 9:00 到下午 5:00

stanfordhealthcare.org/financial-assistance

斯坦福医学部三谷中心 (Stanford Medicine Tri-Valley)
5555 W Las Positas Blvd, Pleasanton, CA 94588

客户服务计费部 (Customer Service Billing)
电话: (800) 549-3720
周一至周五, 上午 9:00 到下午 5:00

stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html

如需了解有关财务补助的更多信息，或在填写申请表时需要帮助，请联系客户服务计费部或访问您就医机构的财务补助网站。任何原因需要帮助都可以，包括残障协助和语言协助。提交财务补助申请即表示您同意我们进行必要的查询，以确认财务义务和信息。

申请时需提供的信息 (Important Information Required With Application)

收入证明 (Proof of Income, 简称 POI): 请按照上文所列家庭成员，提供家庭中所有成员的**近期工资单**或**近期所得税申报表**。“近期所得税申报表”即用于证明患者收入情况的报税文件，所涵盖的收入年度应为患者首次收到账单所在的年度，或在首次收到账单前的 12 个月内。“近期工资单”是指在患者首次收到医院账单之前或之后 6 个月内出具的工资单；若在接受医疗服务之前申请，则指在提交申请之前或之后 6 个月内的工资单。

请将文件寄至以下指定地址：

收入类型	可接受的文件
工作收入	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页。如有抚养人, 则需退税表) 复印件 或 <ul style="list-style-type: none"> • 最近连续两份工资单复印件 (如适用, 申请人和共同申请人的都需要)
自营职业	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件
社会保障金、退休金	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件 或 <ul style="list-style-type: none"> • 社会安全局福利批准函复印件, 内含每月支付款项说明 • 每月付款通知复印件或养老金批准函复印件
伤残补助	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件 或 <ul style="list-style-type: none"> • 伤残补助金批准函复印件, 内含每月伤残补助金款项说明
失业补助	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件 或 <ul style="list-style-type: none"> • 失业补助金批准函复印件, 内含每天、每周或每月补助金额说明

配偶扶养费	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件 或 • 内含每月批准补助金金额说明的法院正式信函复印件
物业出租收益	<ul style="list-style-type: none"> • 1040 表附表 1 复印件
投资收益	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件
受抚养人证明	<ul style="list-style-type: none"> • 本税收年度个税申报表 (1040 表, 只需第 1、第 2 页) 复印件
在读证明 (学生)	<ul style="list-style-type: none"> • 当前学季 (学期) 学院或大学注册 (入学) 通知或成绩单 和 • 申请人说明每月开支来源的信函或电子邮件 (如无收入报告)
证明信	<ul style="list-style-type: none"> • 申请人说明每月开支来源的信函或电子邮件 (如无收入报告)

斯坦福医学部财务补助不接受以下类型的文档:

- 1099 表
- W-2 表
- 银行对账单
- 报税记录
- 个人开支清单
- 支票付款副本

我们将作出一切合理努力迅速处理您的申请, 一旦申请进入审核阶段, 您将收到一封结果确认函。

请将填写完整的申请材料寄送至:

Stanford Medicine Health Care
 Attention: Patient Financial Assistance
 P.O. BOX 740715
 Los Angeles, CA 90074-0715
 Fax: (650) 493-8623
 E-mail: FAA@stanfordhealthcare.org

(此页为空白页)



财务补助申请

Financial Assistance Application

申请日期 (Date of Application): _____

请完整填写所有信息。所有内容要求工整书写。

注意事项

- 我们无法保证您申请之后就能通过财务补助的资格审核。
- 您提交申请后，我们可能会核实信息并要求提供额外信息或收入证明。

1. 家庭信息 (请列出所有财务补助需要考虑的人员姓名)

姓 (LN)	名 (FN)	中间名首字母	病历号 (MRN)
姓 (LN)	名 (FN)	中间名首字母	病历号 (MRN)
姓 (LN)	名 (FN)	中间名首字母	病历号 (MRN)

如果患者是未成年人，请将父母或监护人列为申请人和共同申请人。

2. 申请人 (担保人) 信息

与患者的关系: 本人 配偶或同居伴侣 父母 其他

婚姻状况: 单身 已婚 有同居伴侣 离异 分居 丧偶

如果您勾选了“已婚”，请完成第3部分

姓 (LN)	名 (FN)	中间名缩写	美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (DOB)	受抚养人数 (不含本人或共同申请人)	列出每个受抚养人的年龄		家庭电话 ()
街道地址		城市	州	县 邮编
当前就职公司	街道地址	城市	州	职衔

* 如果您目前没有工作，无业状态有多久了？

3. 共同申请人信息

与患者的关系: 配偶 父母

姓 (LN)	名 (FN)	中间名缩写	美国公民: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
出生日期 (DOB)	受抚养人数 (不含本人或共同申请人)	列出每个受抚养人的年龄		家庭电话 ()
街道地址		城市	州	县 邮编
当前就职公司	街道地址	城市	州	职衔

*如果您目前没有工作，无业状态有多久了？

4. 其他保险 (请针对患者情况回答所有问题)		请勾选 适用答案
1.	患者是否有医疗保险? 如有, 请提供以下信息: 医疗保险名称: _____ 医疗保险电话: _____ 参保人姓名: _____ 会员或患者身份识别码: _____ 生效日期: _____ 团体或雇主名称: _____ 团体编号: _____	是 (Y) 否 (N)
2.	患者是否符合州立医疗援助项目资格? 若符合, 请提供以下信息: 项目名称: _____ 县: _____ 患者身份识别码: _____	是 (Y) 否 (N)
3.	患者是否正因伤接受治疗, 且伤情属于工伤赔偿范围? 如果是, 请提供以下信息: 工伤赔偿承保方名称: _____ 理赔专员姓名: _____ 理赔专员电话号码: _____ 受伤日期: _____ 理赔或案件编号: _____	是 (Y) 否 (N)
4.	患者是否正因伤接受治疗, 且伤情在第三方责任险公司 (如车险公司) 承保范围内? 如果是, 请提供以下信息: 车险名称或律师姓名: _____ 车险方或律师电话: _____ 受伤日期: _____ 理赔或案件编号: _____	是 (Y) 否 (N)
5.	患者是否为犯罪受害者? 如果是, 请提供以下信息: 办案人员姓名: _____ 办案人员电话号码: _____ 案件编号: _____	是 (Y) 否 (N)

5. 收入信息

月收入来源	申请人	共同申请人	合计月收入 (申请人+共同申请人)
就业收入	\$	\$	\$
社会保障金	\$	\$	\$
伤残补助	\$	\$	\$
失业补助	\$	\$	\$
配偶扶养费	\$	\$	\$
物业出租收益	\$	\$	\$
投资收益	\$	\$	\$
其他收入来源	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
合计月收入总额			

6. 产生高额医疗费用的参保患者

本人在此声明, 我是有保险且医疗费用较高的患者, 即: (i) 我在斯坦福医疗部产生的年度自付费用超过当前家庭收入与过去 12 个月家庭收入两者中较低者的 10%; 或 (ii) 我或我的家庭在过去 12 个月中支付的年度自付医疗费用超过我家庭收入的 10%。我亦知悉, 斯坦福医疗部医疗中心有权要求我提供相关文件以核实我的医疗费用情况。

不适用 (我没有保险)

7. 签名

本人确认所有信息都有效且完整, 并在此授权斯坦福医学部医疗中心在必要时索取和 (或) 核实上述任何信息。

申请人 (Applicant)	日期 (Date)	共同申请人 (Co-Applicant)	日期 (Date)