



财务补助申请表说明

Financial Assistance Application Instructions (Simplified Chinese)

本表为斯坦福医学 (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” 包括斯坦福医疗中心 (Stanford Medicine Health Care)、斯坦福医学三谷中心 (Stanford Medicine Tri-Valley) 和斯坦福医学合作伙伴 (Stanford Medicine Partners)。根据您的家庭人口和收入情况, 即使您有医疗保险, 也有可能获得财务补助。财务补助不一定涵盖所有的医疗费用, 比如其他机构提供的服务。如果您符合财务补助准则, 包括您的家庭收入在联邦贫困线的 400% 或以下, 则可获得补助。考虑未来服务时将基于医疗必要性和费用高昂程度。

斯坦福医学为未参保或保额不足的患者提供了多种选择。我们的财务补助项目包括:

免申请项目 (No Application Required)

- **未参保折扣 (Uninsured Discounts)**——部分服务可能除外。
- **免息支付计划 (No Interest Payment Plans)**——余款一般要在 6-12 个月内付清。

需要申请的项目 (Application Required)

- **全额财务补助 (Full Financial Assistance)**——全额给付患者须支付款项。部分服务可能除外。
- **无息分期付款延长计划 (Extended No Interest Payment Plans)**——余款一般要在 12-18 个月内付清。

为顺利处理申请, 您必须:

- 提供家庭信息, 填写家庭成员人数 (家庭成员包括因出生、婚姻或领养关系居住在一起的人)
- 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 (例如, 确认信息的证明信)
- 在表格上签名、注明日期

英文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继续通过邮寄、电子邮件、传真或亲自递交。斯坦福医学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。

<p>斯坦福医疗中心 (Stanford Medicine Health Care) 或 斯坦福医学合作伙伴 (Stanford Medicine Partners) 500 Pasteur Drive Palo Alto, CA 94304</p> <p>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</p> <p>stanfordhealthcare.org/financial-assistance</p>	<p>斯坦福医学三谷中心 (Stanford Medicine Tri-Valley) 5555 W Las Positas Blvd Pleasanton, CA 94588</p> <p>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</p> <p>stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html</p>
--	---

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): 请提供适用于您当前财务状况的任何相关 POI 文件。如果未能提交所需的证明文件, 可能导致申请的审核被延期, 并可导致补助申请被拒。请将文件寄至以下指定地址:

以下是申请 SHC 财务补助所需的 POI 文件清单。	
收入类型	所需文件
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 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 社会安全局福利批准函复印件, 内含每月支付款项说明 和 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 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 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。填好的申请表可与所需证明文件一起邮寄到以下地址:

Stanford Medicine Health Care
 Attention: Patient Financial Assistance
 P.O. BOX 740715
 Los Angeles, CA 90074-0715

申请人也可将材料传真至 (650) 493-8623 或通过邮件发送至 FAA@stanfordhealthcare.org 以加快处理。



Health Care

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: _____	<input type="checkbox"/> 是 (Y) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> 是 (Y) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> 是 (Y) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> 是 (Y) <input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> 是 (Y) <input type="checkbox"/> 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. 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疗中心在必要时索取和 (或) 核实上述任何信息。			
申请人	日期	共同申请人	日期
Applicant	Date	Co-Applicant	Date

请将填妥的申请书交回: **Stanford Medicine Health Care**
Attention: Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
传真: (650) 493-8623
电子邮件: FAA@stanfordhealthcare.org