



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

财政援助申请

Hallmark 医疗以为每一位病人提供最好的医疗服务为豪。Hallmark 医疗通过财政援助政策给不能为紧急情况或医疗必需护理付费的病人提供财政援助。Hallmark 医疗财政援助无意涵盖与非应急、非紧急相关的护理。也不打算为保险共同支付费用、联合保险、或者免赔额提供折扣。

有能力付费的病人需要为在 Hallmark 医疗所接受的服务付费。但是，您有资格获得财政援助。在申请 Hallmark 医疗财政援助计划前，强烈建议病人申请任何可获得的政府援助计划，比如 **MassHealth**：麻州健保、或者 **Health Safety Net**：健康安全网。未能申请您有资格获得的政府援助计划可能会导致您的申请被推迟或拒绝。如果您在申请政府援助计划时需要帮助，我们 Hallmark 医疗的财务顾问中的工作人员可以提供帮助。

您获得财政援助计划的资格取决您是否完整并准确地完成该财政援助计划申请。

申请指南

请完整填写财政援助申请并包括所有申请人的下列文件的副本。未能在 30 天内送还所有必要文件将导致申请被拒绝。请附上任何递交文件的副本，因为很遗憾，提交的文件将不会被归还。

- 完成申请中的所有适用部分并确保在第 4 页的宣誓书声明中签名。
- 包括您的驾照、其他带照片的身份证明、或证明您现居地的文件的复印件。提交的任何东西都必须包括您的姓名和现住址。
- 包括您的保险卡复印件。
- 包括某种形式的收入证明：
 - 包括您最新的 W2 或者工资单（如果每周支付就是 4 个，如果每两周支付一次就是 2 个）的复印件
 - 如果最近的收入出现变化，包括失业报表、银行/投资报表、长期护理报表、养老金报表、和/或社会保障报表等文件。
- 如果病人死亡，请提供死亡证明和陈述财产现状的信件副本。

财务顾问：

如果在填写申请的过程中需要帮助，请拨打 781-338-7111 来安排与 Hallmark 医疗财务顾问的会面。财务顾问位于：梅尔罗斯-威克菲尔德医院（Lebanon 街 585 号，一楼靠近 Porter 街入口处，梅尔罗斯）或者劳伦斯纪念医院（Governors 大道 170 号，靠近急诊科，梅德福）。

请将您已填好的申请寄至：

Hallmark 医疗
财务顾问
Governors 大道 170 号
梅德福，马萨诸塞州 02155



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

第一部分：关于病人	
病人姓名：	
病人出生日期：	病人 SSN： 电话：
现居地址：	
城市：	州： 邮编：
您是美国公民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
如果不是，您是在美国合法居住的永久居民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
申请人信息（如与上述的病人信息不同）	
申请人是病人或者在经济上对病人负责的人。	
申请人姓名：	
申请人现居地址：	
城市：	州： 邮编：
申请人电话：	
关于病人的家庭	
列出所有家庭成员，他们的出生日期以及与申请人的关系。家庭成员是指您在所得税申报表上声明的，与您有关系或作为您的家庭成员与您一整年都生活在一起的人。	
家庭成员 1：	
出生日期：	与病人的关系：
家庭成员 2：	
出生日期：	与病人的关系：
家庭成员 3：	
出生日期：	与病人的关系：
家庭成员 4：	
出生日期：	与病人的关系：
家庭成员 5：	
出生日期：	与病人的关系：
第二部分：病人保险信息	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否在过去六（6）个月内递交过医疗补助（Medicaid）申请？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您有待定的或者已通过的医疗补助（Medicaid）申请吗？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您的医疗补助（Medicaid）申请被拒绝了吗？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您有医疗保险吗？	
主要保险公司信息：	
保险公司名称：	
保险公司地址：	
保单/ID #：	团体 #：
用户姓名：	
用户出生日期：	与用户的关系：
用户的雇主：	生效日期：
次要保险公司信息	
保险公司名称：	
保险公司地址：	
保单/ID #：	团体 #：
用户：	用户出生日期：
与用户的关系：	用户的雇主：
生效日期：	

第三部分：每月总收入和资产

请在这一部分填写有关病人和在第 1 部分中所列出的有工作的每位家庭成员的所得收入和资产。请列出总收入，即扣除税款和扣减项目之前的收入。

	病人	家庭成员 1	家庭成员 2	家庭成员 3	家庭成员 4	家庭成员 5
工资/薪水/小费						
失业补偿金						
社会保障						
儿童抚养费+赡养费						
自营收入，扣除费用后						
利息/股息收入						
退休金						
IRA/股票/债券						
租金收入						
信托报酬						
工伤赔偿						
退役年金						

缺乏收入声明

是 否 如果家庭收入为零，有人支持您吗？

如果您在上面回答是，并且您在经济方面得到另一个人的支持，请让他们填写并签署以下声明。

病人姓名：_____，目前没有收入。我目前正在支持他们获得需要的食物、住所、和任何衣物。我给他们提供经济上的援助，平均每个月给他们\$_____。

支持给予者签名：_____ 日期：_____

家庭资产

在下面列出任何支票或储蓄账户。

账户类型	银行机构	余额为_____

其它家庭可计算财产

列出下列您有的任何一种账户类型的信息。

账户类型	银行机构	余额为_____
股票/债券		
存款证明		
美国储蓄债券		
医疗储蓄账户		
储蓄存单		
圣诞节或假期购物储蓄		
其他		

第四部分：医疗困难

这一部分可能不适用于您。如果您有数额巨大的医疗账单，请填写这一部分。列出所有来自 Hallmark 医疗和其他提供者的医疗保健费用。可能会要求提供证明文件，但本次暂不需要。

提供者名称	总医疗费用	多久结算一次费用？		
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年

第五部分：宣誓书 - 所有申请人必须签署

为了其申请能予以考虑，所有申请人都**必须**签署下面的宣誓书。

本人宣誓并肯定这张表格上涉及的所有信息都是，尽我最大的能力，知识和信念后所填写的真实的、正确的、和完整的信息。本人同意向 Hallmark 医疗报告可能会影响本人获得 Hallmark 医疗财政援助资格的收入、经济来源或者这张表格所涉及的其他信息的任何及所有的变化。本人了解我的信用和其他财务信息可能被用作核实本人的陈述及参加计划的资格的参考。本人了解，为了获取折扣，自己已有三十（30）天的时间来提交准确且必要的支持性文件。

病人为了获得财政援助而做出的虚假报告会被转交给马萨诸塞州总检察长办公室。伪造计划申请的病人将不再具备参加计划的资格并且将对自参加计划第一天起在本计划下所产生的费用负责。

申请人签名：

日期：

宣誓书 - 只在申请人的配偶申请的情况下才适用

如果申请人的配偶也在申请财政援助，为了其申请能予以考虑，申请人的配偶**必须**签署下面的宣誓书。

本人宣誓并肯定这张表格上涉及的所有信息都是，尽我最大的能力，知识和信念后所填写的真实的、正确的、和完整的信息。本人同意向 Hallmark 医疗报告可能会影响本人获得 Hallmark 医疗财政援助资格的收入、经济来源或者这张表格所涉及的其他信息的任何及所有的变化。本人了解我的信用和其他财务信息可能被用作核实本人的陈述及参加计划的资格的参考。本人了解，为了获取折扣，自己已有三十（30）天的时间来提交准确且必要的支持性文件。

病人为了获得财政援助而做出的虚假报告会被转交给马萨诸塞州总检察长办公室。伪造计划申请的病人将不再具备参加计划的资格并且将对自参加计划第一天起在本计划下所产生的费用负责。

申请人的配偶签名：

日期：