

# 经济补助政策

目录

- I. 目的.....3
- II. 定义.....3
- III. 一般规定.....3
  - a. 参与实体..... 3
  - b. MelroseWakefield Healthcare未保险和保额不足的病患定义 ..... 3
  - c. 病患的责任..... 4
  - d. MelroseWakefield Healthcare 经济补助和咨询 ..... 4
- IV. MelroseWakefield Healthcare病患减免计划..... 4
  - a. MelroseWakefield Healthcare提供以下病患减免计划 ..... 4
  - b. 申请和筛选程序..... 5
  - c. 理赔范围核准..... 5
  - d. 病患收入限制..... 5
  - e. 符合资格的服务..... 5
  - f. 不涵盖的范围..... 5
  - g. MelroseWakefield Healthcare低收入病患减免 ..... 5
  - h. MelroseWakefield Healthcare医疗困难减免 ..... 6
  - i. MelroseWakefield Healthcare未保险和保额不足病患减免政策..... 6
  - j. 计算向病患收取费用的基准..... 6
- V. 付款计划..... 6
- VI. 未付款..... 7
- VII. FAP的发布和传播..... 7
  - a. 关于MelroseWakefield Healthcare提供的财务咨询，以及关于经济补助政策信息的财务咨询师信息，可在线取得  
www.melrosewakefield.org/FAP..... 7
  - b. 网路刊登..... 7
  - c. 本医院广泛宣传可通过以下方式取得本政策下的经济补助..... 7
- VIII. 其他条款.....8
  - a. Medicare 呆账 ..... 8
  - b. 个案评估..... 8
- IX. 董事会核准.....8

## I. 目的

MelroseWakefield Healthcare，在本政策中以「本医院」称之，承诺为小区提供有质量的医疗照护服务。无论病患偿付能力，本医院为所有病患提供医疗上的必要服务。在提供服务上，本医院不应有种族、肤色、民族、国籍、外侨身分、宗教、信仰、性别、性取向、性别认同或生理外观上的歧视。为了提供此高质量服务并辅助小区的需求，MelroseWakefield Healthcare必须维持包括及时收取应收帐款的可靠财务基础。

MelroseWakefield Healthcare了解部分病患在取得所有服务的保险理赔上仅有有限的管道，且可能无法取得。这项政策的发展是为了通知仅有有限财务资源、未保险和保额不足的病患多种可使用的本医院财务辅助计划。

有财务管道的病患应支付MelroseWakefield Healthcare所提供的服务。这项政策假定可取得可负担保险的病患将申请并维持他们的承保范围。MelroseWakefield Healthcare经济补助计划主要是为了服务没有公立（例如：Medicare医疗保险或Medicaid医疗补助）或私立（例如：Blue Cross Blue Shield、Harvard Pilgrim等）来源健康保险以及有不理想财务需求的病患。如果达到可申请标准，MelroseWakefield Healthcare减免可能可以提供给有明显经济需求的病患，不论是因为有限的收入或他们的医疗账单属于他们收入的额外支出。

## II. 定义

**急救服务：**在发病后所提供的医疗上必要服务，不论生理或心理，表现出足够严重的病况，包括严重疼痛，在没有立即医疗诊治下可合理预期一名仅有一般健康和医疗知识的谨慎外行人可能导致当事人的健康或他人的健康、或是致使孕妇陷入严重危害、身体功能的严重缺陷或任何身体器官或身体部分严重机能障碍，在42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B)有更进一步的解释。医疗筛选检查以及任何紧急医疗情况的伤势稳定处理，包括但不限于住院医疗照护或任何其他在紧急医疗治疗和劳动法（Emergency Medical Treatment）EMTALA (42 U.S.C. § 1395(dd))规定范围内提供的此类服务，符合急救服务的资格。

**迫切服务：**在突然发病后提供的医疗上必要服务，不论生理或心理，表现出足够严重（包括严重疼痛）的急性症状，谨慎的外行人认为24小时内没有接受医疗照护可能合理预期致使个人健康陷于危害、身体功能损伤或任何身体器官或部分的机能障碍。迫切服务提供给没有生命危险的情形，且不会对个人健康带来严重受损的高风险。

**非急救、非迫切的必要医疗服务：**没有达到紧急或迫切服务的定义，但属医疗定义的服务。病患通常，但并非唯一，会事先安排这些服务。

**非医疗必要服务：**不会影响健康质量或需要进行紧急或迫切照护的程序、测验或服务。

## III. 一般规定

### a. 参与实体

这项政策适用于本医院在《附录A—MelroseWakefield Healthcare地点，参加实体》中所阐述提供服务及收费的地点。这项政策并不适用于在《附录B—MelroseWakefield Healthcare供应方联盟列表，非参加实体》中所列实体所提供的服务和收费，即使那些服务提供于附录A中所阐述的本医院地点。

### b. MelroseWakefield Healthcare未保险和保额不足的病患定义如下：

- i. 没有健康保险的病患（「未保险」）；
- ii. 病患唯一的「保险」是马萨诸塞州的健康安全网（Massachusetts Health Safety Net）；

- iii. 在他们保险计划下已「透支」福利仍有未清款项的病患；或
  - iv. 病患的未清款项来自「没有理赔」的服务，在这些服务下，保险已判定病患必须负责不包括服务其相关费用。这包括保险公司因保险公司网络限制所拒绝理赔的服务。
- c. 病患的责任：
- i. 为了符合本医院在此政策下的支持补助，病患必须履行一些责任，包括：
    1. 如果有可取得的可负担保险理赔，应取得并维持保险理赔范围的义务；
    2. 申请任何他们可能符合资格的政府赞助保险计划义务；
    3. 有义务及时提交所有州立保险理赔和/或完成MelroseWakefield Healthcare经济补助申请要求的必要收入、资产、身分和居住文件；
    4. 有义务告知本医院目前的人口组成和保险信息；和
    5. 有义务于同意的时间内支付因此产生的帐款。
- d. MelroseWakefield Healthcare经济补助和咨询：
- i. 保险协调员主动审查可识别、排定服务的未保险和保额不足病患，并和病患以及MelroseWakefield Healthcare经济补助咨询师配合，安排时间讨论经济补助选项。
  - ii. 并转介病患至MelroseWakefield Healthcare部门的财务咨询师。
  - iii. 财务咨询师筛选出符合公立和/或私立保险理赔资格的病患。
    1. MelroseWakefield Healthcare筛选符合州立和联邦计划资格的病患。为了符合本政策的减免资格，可能会要求病患申请多项州立和联邦计划，包括但不限于MassHealth和/或Medicare。
    2. 假如病患符合公立资格准则的资格，财务咨询师会在可行的情况下，为申请程序提出建议并协助病患进行申请。
    3. 假如病患并没有符合公立资格准则的资格（像是依据他们的联邦贫穷水平（「FPL」）、移民身分等），并被任何可申请的公立计划拒绝，或如果公立计划没有完全支付病患的费用，财务咨询师将建议私人理赔选项，并筛选病患是否符合MelroseWakefield Healthcare经济补助减免计划的资格（下方第IV部分）。

#### IV. MelroseWakefield Healthcare病患减免计划

- a. MelroseWakefield Healthcare提供以下病患减免计划：
- i. 低收入病患减免，符合MelroseWakefield Healthcare FPL门坎（第IV部分(g)）。
  - ii. Medical Hardship减免，符合MelroseWakefield Healthcare门坎（第IV部分(h)）。
  - iii. 未保险和保额不足减免（第IV部分(i)）。

在这些计划下的减免可能提供达到MelroseWakefield Healthcare在《附录C—MelroseWakefield Healthcare经济补助减免金额》用以判定的门坎其病患有义务支付的费用总额，不包括病患的共同账款、扣除额和共同保险。如果病患符合多项减免计划，会提供最高减免额的计划。

并不会依照病患或他/她家人可能和本医院员工或政府机关成员的关系而提供减免。并不会基于对「专业礼仪」的考虑为医师或他/她的家人提供减免。不会为了促使病患接受服务或以任何方式与产生可由联邦医疗保健计划支付的业务相关联而提供减免，减免也不得兑换现金、物品，或由本医院或任何其他MelroseWakefield Healthcare实体提供的服务（这包括礼品店、自助餐厅等的折扣）。

## b. 申请和筛选程序

- i. 病患必须提交完成的MelroseWakefield Healthcare经济补助申请书（附录D）以及必要的支持文件，方得被视为补助对象。必要的文件可能包括但不限于以下证明：（1）家庭年收入（工资单存根、社会保障金记录和雇主的信函、纳税申报表或银行对账单），（2）公民身分证件，（3）非公民的移民身份（如可取得），（4）65岁以上个人的资产和（5）保险信息，包括保险范围和保险公司网络限制。所有支持文件必须在首次申请表提出后提交，本医院方受理申请。
- ii. 可为未成年人和受虐个人向本医院提出保密申请。这些人士可与财务咨询师联系。
- iii. MelroseWakefield Healthcare不会将符合之前MelroseWakefield Healthcare经济补助的资格纳入考虑条件，并以此作为判定病患经济补助申请的资格。
- iv. MelroseWakefield Healthcare保有每六个月重新审核减免资格的权力。

## c. 理赔范围核准：

- i. 本医院将书面通知病患MelroseWakefield Healthcare的计划资格判定结果。请参考《附录E-MelroseWakefield Healthcare计划资格判定通知》。
- ii. 假如没有及时收到所有支持文件，本医院保有拒绝申请的权力。
- iii. 如果申请人提供本医院新的信息，可考虑对资格判定进行上诉。
- iv. 病患账户部门将有责判定本医院是否尽合理的努力判定个人经济补助的资格。

## d. 病患收入限制：

- i. 美国的居民，将使用最新发表的家庭总收入FPLs作为第IV部分(g)和第IV部分(h)里描述减免的主要判定依据。
- ii. 非美国居民和符合本政策第III部分(c)要求、但不符合FPL资格标准的美国居民可能有权获得在以下第IV部分(i)里描述的未保险和保额不足减免。
- iii. 所有符合本政策第III部分(c)要求的病患可能可以获得在以下第IV部分(h)所概述的MelroseWakefield Healthcare 医疗困难（Medical Hardship）减免。

## e. 符合资格的服务：

- i. 本政策一般受限于由MelroseWakefield Healthcare提供及收费的医疗需求服务，包括：
  1. 急救服务；
  2. 迫切服务；和
  3. 非急救、非迫切服务。

## f. 不涵盖的范围：

- i. MelroseWakefield Healthcare不提供经济补助给非医疗需要的服务，像是由治疗医师判定的服务。不符合经济补助的本医院服务范例包括但不限于：非医疗服务（例如：社交、教育或职业、医美、研究或其他）。本医院全权决定哪些服务符合本政策的目的资格。
- ii. MelroseWakefield Healthcare一般不对病患提供非急救、非迫切服务的减免，在这些情况下，病患可预期照护的需求，且病患从MelroseWakefield Healthcare服务以外的地区来此接受照护，而这些服务在病患所处的服务区域即已提供。
- iii. 病患的共同帐款、扣除额和共同保险不包含在本政策的理赔范围。

## g. MelroseWakefield Healthcare低收入病患减免：

- i. 美国的居民，将使用最新发表的家庭总收入FPLs作为主要判定依据。只依据收入进行的减免一般限制在家庭收入水平低于301% FPL的病患。
- ii. 将提供符合此门坎的病患等同或超出以下第IV部分(i)所概述的一般收费金额（AGB）。
- iii. 判定这项减免是MelroseWakefield Healthcare的责任。
- iv. 其他信息请参考附录C和附录D。

- h. MelroseWakefield Healthcare 医疗困难减免：
- i. 未符合MelroseWakefield Healthcare低收入病患减免所需、FPL要求门槛必要条件资格的病患，如他们能够证明他们的医疗费用超出家庭收入20%，可能仍符合减免资格。费用必须发生在申请前12个月内，且仅限于在内部收入服务规范下，可能可以被视为医疗费用的费用。
  - ii. 判定这项减免是MelroseWakefield Healthcare的责任。
  - iii. 其他信息请参考附录C和附录D。
- i. MelroseWakefield Healthcare未保险和保额不足病患减免政策：
- i. MelroseWakefield Healthcare将不论居住地，为符合以上第III部分(b)所列「未保险和保额不足病患」资格、所有收入水平的病患提供减免，需履行以上第三部分(c)的病患责任，并完成MelroseWakefield Healthcare经济补助申请。
  - ii. 所有达到此政策限制、未保险和保额不足的病患，收到费用后，或是经同意的付款计划，在30天内收到首款首笔款项，将符合资格服务最高40%的减免资格。
    1. 非急救、非迫切的服务，必须在提供服务以前，或依据同意的付款计划，完全支付费用。万一实际费用超出预期，病患必须在完成首笔款项后30天内支付任何剩余的帐款。
      - a. 如果没有及时支付额外的费用，可能因此完全取消减免同意，并向病患收取全额。
    2. 急救或迫切服务，必须在支付首笔款项30天内，或是依据同意的付款计划，进行付款。
  - iii. 在评估是否依据此政策提供减免时，MelroseWakefield Healthcare可能会考虑病患是否按时结清余额款项。
- j. 计算向病患收取费用的基准：
- i. 依照上述第IV部分(g)或第IV部分(h)里阐述减免计划的病患资格判定，在资格服务上本医院将不会向病患收取超出一般收费金额（「AGB」）的费用。
  - ii. MelroseWakefield Healthcare 决定AGB的方式，首先会以上一财政年度所有商业和Medicare论服务量计酬（FFS）和Medicare Managed Care计划的总费用除以总款项金判定上一财政年度的账户因素支付款（PAF）。通常会在可取得最准确健康计划数据的10月进行。最低MelroseWakefield Healthcare 低收入病患减免与上一财政年度PAF的倒数相等，也就是AGB。
  - iii. AGB 计算公式：  

$$PAF = \frac{\text{总款项}}{\text{商业、Medicare FFS和Medicare Managed Care 计划总费用}}$$

$$AGB = \text{PAF的倒数}$$
  - iv. 举例来说，AGB 的计算：
    1. 商业、Medicare FFS和Medicare Managed Care 计划总支付款款项：\$431
    2. 商业、Medicare FFS和Medicare Managed Care 计划总费用：\$1,000
    3. PAF：43.07%
    4. MelroseWakefield Healthcare 低收入病患AGB减免：56.93%
  - v. MelroseWakefield Healthcare 低收入病患最低减免，也就是AGB，在2018年10月1日有效减免56.93%。以2017年10月1日至2018年9月30日之间商业和 Medicare FFS以及 Medicare Managed Care 计划的付款索赔判定。

## v. 付款计划

将为所有符合在上述第III部分(c)标准的病患，依要求下提供给符合资格服务的零利率付款计划。付款计划的最终接受与否将依照病患状态和付款记录的完整审查而定。MelroseWakefield Healthcare将进行所有病患付款计划。付款计划将由外部供应方进行监督。付款计划同意后，预期病患将完全遵守。假如病患连续错过两次付款，将停止付款计划，本医院可能会依据在本医院的信用和搜集政策（可于

www.melrosewakefield.org/FAP取得)的程序和保护措施将此账户归入呆帐。在病患通知财务状况发生变化时, 本医院可能重新评估病患的欠款义务。

- a. 被判定为低收入病患或符合马萨诸塞州健康安全网计划下医疗困难资格的病患, 不需要在本医院提供付款计划前符合第III部分(c)中所阐述的标准。HSN低收入或医疗困难的病患, 且账户余额在\$1,000以下, 将提供至少一年的付款计划, 以及无息计划, 每个月最低付款金额不超过\$25。HSN低收入或医疗困难病患, 且账户余额在\$1,000以上, 将提供至少两年的支付款计划和无息计划。

## VI. 未付款

本医院另外维持一项信用和搜集政策, 其中列有在未付款时本医院可能采取的措施, 并包括一份病患清单, 列于其上的病患可能受到州法保护, 不进行任何数据搜集。在进行任何该政策下不寻常数据搜集的动作前, 本医院将尽到合理的努力, 通过以书面通知病患关于可取得的补助计划并协助该个人完成MelroseWakefield Healthcare经济补助申请, 让病患符合此政策下的经济补助。一般民众可在本医院的网站取得本医院另外的信用和搜集政策www.melrosewakefield.org/FAP。

## VII. FAP的发布和传播

- a. 关于MelroseWakefield Healthcare提供的财务咨询, 以及关于经济补助政策信息的财务咨询师信息, 可在线取得www.melrosewakefield.org/FAP。
  - i. 如欲通过电话安排和财务咨询师的会面, 请拨打: 781-338-7111。
  - ii. 在以下MelroseWakefield Healthcare地点驻有MelroseWakefield Healthcare财务咨询师:
    1. MelroseWakefield Hospital, 邻近Porter街入口处一楼, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176。
    2. Lawrence Memorial Hospital, 在急救部门旁, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155。
- b. 网络刊登
  - i. 除了通过MelroseWakefield Healthcare财务咨询师, MelroseWakefield Healthcare的经济补助政策、申请表以及简明各语言摘要可在以下网址取得: [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)。
    1. 此网页也可经由MelroseWakefield Healthcare首页 (www.melrosewakefield.org) 进入, 请选择病患和访客 (Patients & Visitors) 接着点选经济补助政策 (Financial Assistance Policy)。
    2. 网页上包括病患可以自本医院申请补助的途径, 包括财务咨询师驻点的列表和主要电话号码, 可和财务咨询师安排会面。通过网页, 病患将了解可免费取得申请表格和经济补助。
- c. 本医院广泛宣传可通过以下方式取得本政策下的经济补助:
  - i. 大而显著的标牌 (8 X 14 英寸) 刊登于所有出入口和其他高人口流量的地区, 包括急救部、财务协调和客户服务。
  - ii. 在急救部和行政区展示广告MelroseWakefield Healthcare经济补助选项的简易各语言小册。
  - iii. 作为本医院收留和出院过程的一部份, 病患可取得FAP的简易各语言摘要。
  - iv. 病患可免费取得本医院经济补助政策的副本以及申请和简易个语言摘要, 病患可索取副本、个人亲领或是邮件, 并可以提供给有具体问题的任何病患。
  - v. 多语言提供相关数据, 包括政策、申请表和简易各语言摘要: 英语、中文、西班牙文、越南文、葡萄牙文、俄罗斯文、希腊文、印度文、意大利文、克里奥耳语和阿拉伯文。
  - vi. 医院小区计划的职员皆受过FAP的教育, 并被指示通知他们的小区民众关于在MelroseWakefield Healthcare可取得经济补助的信息。

**VIII. 其他条款:**

**a. Medicare 呆账:**

- i. 此政策也可能用于审核病患的贫困水平，以便对于医疗保险呆账适用的Medicare所涵盖服务的共同保险或扣除额产生的余额进行资格认证。依照病患所报告资产水平的目前收入进行判定。如欲符合资格，病患收入必须低于**201% FPL**，且家庭第一位成员资产少于**\$10,000**，每增加一名家庭成员即增加**\$3,000**的限额。资产判定绝对不会包括主要住宅和主要汽车。病患完成的MelroseWakefield Healthcare经济补助申请将会作为病患无法使用资产支付他们未结余额的证明。

**b. 个案评估:**

- i. 我们鼓励病患将他们独特的财务状况提请财务咨询师或病患账户注意。MelroseWakefield Healthcare可能会依个案评估，识别财务困难的独特案例，延展在本政策条例中的减免内容。
- ii. 在本医院CFO的核准下，将可能尊重超出此政策的既有减免。

**IX. 董事会核准**

MelroseWakefield Healthcare FAP由MelroseWakefield Healthcare理事会于2019年1月24日核准。



附录 A- MelroseWakefield Healthcare 地点，参加实体

有关参与实体的列表,请参阅 [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)

附录 B: MelroseWakefield Healthcare 供应方附属机构列表, 未参加实体

有关非参与实体的列表, 请参阅 [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)

附录 C: MelroseWakefield Healthcare 经济补助减免金额

家庭人数	100% FPL	最高150% FPL	最高300% FPL	超出301 % FPL
1	\$12,492	\$18,744	\$37,476	\$37,477
2	\$16,920	\$25,368	\$50,736	\$50,737
3	\$21,336	\$32,004	\$63,996	\$63,997
4	\$25,752	\$38,628	\$77,256	\$77,257
5	\$30,180	\$45,264	\$90,516	\$90,517
6	\$34,596	\$51,888	\$103,776	\$103,777
7	\$39,012	\$58,524	\$117,036	\$117,037
8	\$43,440	\$65,148	\$130,296	\$130,297
每个人 > 8	\$4,428	\$6,636	\$13,260	\$13,261
减免		100%	58%	40%
预期病患支付额		0%	42%	60%

依联邦贫困水平定义FPL，于2019年1月发表，由联邦登记处定义。

## 经济补助申请

MelroseWakefield Healthcare深以为每位病患提供最佳的医疗照护为荣。MelroseWakefield Healthcare通过经济补助政策提供无法支付紧急或医疗必须照护的病患经济补助。MelroseWakefield Healthcare经济补助并非为了负担非急救、非迫切相关的照护而设立。且不会对保险共同款项、共同保险或扣除额提供减免。

拥有管道的病患应支付在MelroseWakefield Healthcare所接受的服务。然而，我们提供您经济补助的资格审查。在申请MelroseWakefield Healthcare经济补助计划前，我们强烈鼓励病患申请任何可以取得的政府补助计划，像是MassHealth或健康安全网（Health Safety Net）。假使您没有申请潜在符合资格的政府补助计划，可能导致您的申请受到延宕或拒绝。假如您需要协助以申请政府补助计划，我们MelroseWakefield Healthcare的财务咨询师可以协助您。

您经济补助计划的符合资格根据您完整且准确完成经济补助申请。

### 申请说明

请为申请人完整填写经济补助申请，并提供以下文件副本。如果无法在30天内提交所有必要的文件，将导致申请被拒。请附上任何提交文件的副本，且须注意的是，将不会归还这些文件。

- 完成所有申请书上适用的部分，并确实签署第四页上的宣誓声明。
- 请附上您的驾照复印件、其他照片身分证明或可以验证您目前居住地的文件。任何提交的文件必须包括您的姓名和目前地址。
- 请附上您保险卡（不限1张）的复印件。
- 请附上一些收入证明：
  - 请附上您最近一期的W2复印件或工资单（如果每周支付，请附上4张；如果双周支付，请附上2张）
  - 如果近期在收入上有变动，请附上文件像是失业证明、银行/投资证明、长期照护证明、津贴证明和/或安全证明。
- 如果病患已逝，请提供死亡证明复印件和房地产状态声明的信函。

### 财务咨询师：

为协助您完成申请，请致电**781-338-7111**与我们联系，安排和MelroseWakefield Healthcare财务咨询师进行会面。财务咨询师驻点在：MelroseWakefield 医院，585 Lebanon Street，1楼邻近Porter街入口，在Melrose 或 Lawrence Memorial Hospital，170 Governors Avenue，邻近在Medford的急救部门。

### 请将您完成的申请书寄至：

MelroseWakefield Healthcare  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

第1部分：关于病患		
病患姓名：		
病患出生日期：	病患SSN（社会安全码）：	电话：
目前地址：		
城市：	州：	邮政编码：
您是否为美国公民？ · 是 · 否		
如果否，您是否为永久居民，合法居住于美国？ · 是 · 否		
申请人信息（如果与上述病患信息不同）		
申请人应为病患或病患经济上的负责人。		
申请人姓名：		
申请人目前地址：		
城市：	州：	邮政编码：
申请人电话：		
关于病患家庭		
请列出所有家庭成员、他们的出生日期和与申请人的关系。家庭成员是和您有关系或一整年与您一起生活的人，是作为您在所得税申报表中的家庭成员。		
<b>家庭成员1：</b>		
出生日期：	和病患的关系：	
<b>家庭成员2：</b>		
出生日期：	和病患的关系：	
<b>家庭成员3：</b>		
出生日期：	和病患的关系：	
<b>家庭成员4：</b>		
出生日期：	和病患的关系：	
<b>家庭成员5：</b>		
出生日期：	和病患的关系：	
第2部分：病患保险信息		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否曾在过去六个月内提交Medicaid申请？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否有在审理中获核准的Medicaid申请？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您的Medicaid申请是否曾被拒绝？	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否有医疗保险？	
主要保险信息：		
保险公司名称：		
保险公司地址：		
政策/ID #：	组别 #：	
订阅人姓名：		
订阅人出生日期：	和订阅人的关系：	
订阅人雇主：	有效日期：	
次要保险信息：		
保险公司名称：		
保险公司地址：		
政策/ID #：	组别#：	
订阅人：	订阅人出生日期：	
和订阅人的关系：	订阅人雇主：	
有效日期：		

**第3部分：每月总收入和资产**

请完成这部份关于病患和每位在第1部分所列已工作家庭成员的收入所得和资产。请列出税前和减去扣除额以前的总收入。

	病患	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						
失业补助						
社会保障						
子女抚养费+赡养费						
扣除费用后的自我雇佣收入						
利息/股利收入						
津贴						
IRA/股票/债券						
租赁收入						
信托付款						
劳工补助						
退伍军人福利金						

**无收入声明**

· 是 · 否 如果家庭收入为0, 请问您是否有接受任何人的支助?

如果以上您回答是, 且您正接受他人的经济支持, 请由他们完成并签署已下声明。

病患姓名: \_\_\_\_\_, currently has no income. I am currently 目前没有收入, 我目前正支助他们所需的食物、庇护场所和任何衣物。同时我提供他们经济上的协助, 每个月平均 \$\_\_\_\_\_。

支持提供者签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**家庭资产**

请在下方列出任何支票和储蓄账户的信息。

账户种类	银行机构	余额

**其他家庭可计算资产**

请列出以下账户种类您所拥有的信息。

账户种类	银行机构	余额
股票/债券		
存款证明		
US储蓄债券		
健康储蓄账户		
储蓄证明		
圣诞节或假期俱乐部		
其他		

**第4部分：医疗困难**

这个部分可能不适用于您。如果您有重大的医疗账单，请完成这个部分。请列出所有MelroseWakefield Healthcare和其他供应方的医疗照护费用。可能会要求提交文件，但本次不需要。

供应方名称	总医疗费用	本费用发生的频率		
		<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
		<input type="checkbox"/> 每周	<input type="checkbox"/> 每月	<input type="checkbox"/> 每年

**第5部分：宣誓声明 - 所有申请人必须签名**

所有申请人**必须**签署以下宣誓声明，申请才会纳入考虑。

我发誓并肯定所有在本表上列指的信息为真实、正确且尽我最大能力和知识及认知完成。如在收入、经济来源或其他本表上指示、可能影响我取得MelroseWakefield Healthcare经济补助的信息有任何变动，我同意向MelroseWakefield Healthcare报告。我了解可能参考我的信用和其他财务信息审核我的声明和符合本计划资格与否。我了解我有三十（30）天提交准确且必要的支持文件以被纳入减免考虑。

假使病患以诈欺声明意图取得经济补助，将会被移送至马萨诸塞州总检察长办公室。伪造申请的病患将永不再符合计划的资格，且必须支付所有自加入计划期间的发生费用，追溯至计划发生费用的第一天。

申请人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**宣誓声明 - 仅适用于申请人配偶同时申请的情况**

假如申请人的配偶同时申请经济补助，申请人的配偶**必须**签署以下宣誓声明，申请方得纳入考虑。

我发誓并肯定所有在本表上列指的信息为真实、正确且尽我最大能力和知识及认知完成。如在收入、经济来源或其他本表上指示、可能影响我取得MelroseWakefield Healthcare经济补助的信息有任何变动，我同意向MelroseWakefield Healthcare报告。我了解可能参考我的信用和其他财务信息审核我的声明和符合本计划资格与否。我了解我有三十（30）天提交准确且必要的支持文件以被纳入减免考虑。

假使病患以诈欺声明意图取得经济补助，将会被移送至马萨诸塞州总检察长办公室。伪造申请的病患将永不再符合计划的资格，且必须支付所有自加入计划期间的发生费用，追溯至计划发生费用的第一天。

申请人配偶签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**范例E**

**[核准函 – 部分减免]**

日期

姓名  
街道  
城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

我们收到了您Melrose Wakefield Healthcare经济补助政策下医院账单补助的申请。在审核您的申请书和支持文件后，我们判定您符合费用减免的资格。

本医院在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_，将被减免至\$\_\_\_\_\_。

我们将和您联系以协助您进行支付余款的安排。请注意在您支付完整减免后的金额前，您将持续收到账单。一旦结清所有款项，将调整余额，也将视您已支付所有账单。同时请注意这项计划的减免并不适用于任何共同款项、共同保险或可扣除金额，这些仍属于您健康保险条款下须负的责任。

本核准将在六（6）个月内生效。如果您不同意此项决议或认为您可能符合其他减免的资格，请通过下列电话与财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名  
职称  
电话



**[核准函 – 100% 减免]**

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

我们收到了您MelroseWakefield Healthcare经济补助政策下医院账单补助的申请。在审核您的申请书和支持文件后，我们判定您符合全额减免的资格。

本医院在\_\_/\_\_/\_\_至\_\_/\_\_/\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_，将被减免至\$0。

您将不再收到任何来自我们关于这些服务的账单。

本核准将在六（6）个月内生效。如果您有任何疑问，请通过下列电话与财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话

[重新判定函-部分减免至100%减免]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

本信函是为了追踪我们原先在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所做的决议。在该决议中，我们判定您只符合在Melrose Wakefield Healthcare经济补助政策下医院费用部分减免的资格。

在您的要求下以及根据收入和/或家庭成员组成或情况的变动，我们判定您目前符合医院服务全额减免的资格。因此，本医院在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_，将被减免至\$0。

您将不再收到任何来自我们关于这些服务的账单。

本核准将在六（6）个月内生效。如果您有任何疑问，请通过下列电话与财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话

[重新判定函-原先资格不符至100%减免]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号：

\_\_\_\_\_您好：

本信函是为了追踪我们原先在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所做的决议。在该决议中，我们判定您不符合在Melrose Wakefield Healthcare经济补助计划下经济补助的资格。

在您的要求下以及根据收入和/或家庭成员组成或情况更新的信息，我们判定您目前符合医院服务全额减免的资格。因此，本医院在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_，将被减免至\$0。

您将不再收到任何来自我们关于这些服务的账单。

本核准将在六（6）个月内生效。如果您有任何疑问，请通过下列电话与财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话

[重新判定函-原先资格不符至部分减免]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

本信函是为了追踪我们原先在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所做的决议。在该决议中，我们判定您不符合在Melrose Wakefield Healthcare经济补助计划下经济补助的资格。

在您的要求下以及根据收入和/或家庭成员组成或情况更新的信息，我们判定您目前符合医院费用部分减免的资格。

本医院在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_，将被减免至\$\_\_\_\_\_。

我们将和您联系以协助您进行支付余款的安排。请注意在您支付完整减免后的金额前，您将持续收到账单。一旦结清所有款项，将调整余额，也将视您已支付所有账单。同时请注意这项计划的减免并不适用于任何共同款项、共同保险或可扣除金额，这些仍属于您健康保险条款下须负的责任。

本核准将在六（6）个月内生效。如果您不同意此项决议或认为您可能符合其他减免的资格，请通过下列电话与财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话

[重新判定函-维持原决议-部分]

日期

姓名  
街道  
城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

本信函是为了追踪我们原先在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所做的决议。在该决议中，我们判定您只符合在MelroseWakefield Healthcare经济补助政策下医院费用部分减免的资格。

在您的要求下，我们已重新审核并重新考虑我们对于您申请所作的原始决议，根据所有提供的信息，我们判定维持我们的原始决议，您依然只符合部分减免的资格。

如我们原始判定函所表示，本医院在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_至\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_期间服务的账单总金额\$\_\_\_\_\_维持原议。

请立即支付您的总款项，如果您需要安排特殊帐款，请致电下列财务咨询师。

如果您不同意本决议或是有任何疑问，请联系下列财务咨询师。

敬祝 顺心

姓名  
职称  
电话

[重新判定函-维持原决议-资格不符]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

本信函是为了追踪我们原先在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所做的决议。在该决议中，我们判定您不符合在Melrose Wakefield Healthcare经济补助计划下经济补助的资格。

在您的要求下，我们已重新审核并重新考虑我们对于您申请所作的原始决议，根据所有提供的信息，我们判定维持原始决议，您不符合计划下补助的资格。

请立即支付您的总款项，如果您需要安排特殊帐款，请致电下列财务咨询师。

如果您不同意本决议或是有任何疑问，请联系下列财务咨询师。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话

[拒绝函-一般]

日期

姓名  
街道  
城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

感谢您为您的医院账单申请MelroseWakefield Healthcare经济补助政策下的经济补助。

我们已经审核您的申请以及支持文件，并判定您不符合这项计划下减免的资格。通过将您的收入和家庭人口数与联邦贫困水平（FPL）准则进行比较作此决议。更具体而言，您的家庭收入被判定为高于允许的水平。

如果您不同意本决议或在近期情况有变动，根据您的收入、家庭人口数或情况的任何新信息，我们很乐意重新考虑您的申请。如果您希望重新审核您的申请，请寄送相关文件，或是通过下列电话致电财务咨询师，询问任何问题。

敬祝 顺心

姓名  
职称  
电话

[拒绝函-申请不完整]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_您好：

我们在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_收到了在MelroseWakefield Healthcare经济补助政策下补助您医院账单的申请。

直至今日，我们尚未收到进行申请程序并作出决议所需的文件。因此，本次我们将拒绝您的补助申请。

假使您仍有意进行经济补助，我们鼓励您完成新的申请书，并连同所有支持文件寄给我们。我们将乐意进行审核并通知您是否符合任何经济补助的资格。

如果您有任何疑问，请与下列财务咨询师联系。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话



[拒绝函- 服务资格不符]

日期

姓名

街道

城市，州，邮政编码

关于：病患账号： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 您好：

感谢您在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_为您的医院账单申请Melrose Wakefield Healthcare经济补助计划下的经济补助。

我们很遗憾的通知您，您在\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_所接受的服务并不被视为必要医疗，因此不符合在计划下任何经济财务补助的资格。

请立即支付您的全部款项，假使您需要安排特殊款项，请致电下列财务咨询师。

如果您不同意本决议或是有任何疑问，请联系下列财务咨询师。

敬祝 顺心

姓名

职称

电话