

尊敬的患者，

附件為東北醫院集團，溫徹斯特醫院以及拉希診所醫院有限公司經濟救助申請表。請填寫全部內容，並與需要的所有檔一併上交。如申請表不完整，則可能導致你的經濟救助申請被拒。

申請截止日期為自申請經濟救助的醫療服務的第一份帳單日算起 240 天。

東北醫院集團，溫徹斯特醫院以及拉希診所醫院有限公司及其附屬機構致力於向那些有治療需求但是沒有保險，保額不足，不夠資格享受政府醫保或由於其個人經濟狀況無力支付必要醫治的患者提供經濟救助。

如你有任何疑問，請與財務諮詢部聯繫，電話如下：

謝謝！

將申請交還到：

拉希醫院和醫療中心
財務諮詢部
41 Mall Road
Burlington MA, 01803
781-744-8815

慈善經濟援助申請

請列印

今日日期: _____ 社會安全號碼# _____

病歷號碼: _____

病人編號: _____

地址: _____

街

房間號

城市

州

郵編

就診日: _____ 病人生日 _____

病人在就診時有沒有健康保險或醫療補助**？ 是 否

如果“是”，請附上保險卡影本 (正反面)並填寫下列內容:

保險公司名: _____ 保單號: _____

生效日: _____ 保險公司電話號碼: _____

**在申請經濟救助之前，在過去 6 個月內你必須曾經申請過醫療補助，且需出示被拒證明。

注意: 如已設立健康儲蓄帳戶 (HAS)，醫療報銷帳戶 (HRA)，彈性消費帳戶 (FSA) 或類似的專供家庭醫療開支的基金，則經濟救助就可能不適用。在提供救助之前，必須從已設立帳戶中先行支付。

如需申請經濟救助，請填寫下列內容:

列舉所有居住在家中的家庭成員，包括患者，父母，和 18 歲以下的子女和/或兄弟姐妹，無論其為親生或領養的。

家庭成員	年齡	與患者關係	收入來源或雇主姓名	每月毛收入
1.				
2.				
3.				
4.				

除經濟救助申請之外，我們還需要下列檔，請附帶於本申請之後。

- 當前的州或聯邦的報稅記錄
- 當前的 W2 表格和/或 1099 表格
- 4 張最新的工資存根
- 4 張最新的支票和/或儲蓄帳戶對帳單
- 健康儲蓄帳戶
- 健康報銷帳戶
- 靈活支付帳戶

如無法提供上述材料，請致電財務諮詢部（781）-744-8815 來討論他們可能提供的其他檔。

在下方簽字之後，我確認我已認真閱讀過經濟救助政策和申請表，且我在此處所陳述之任何內容或我附帶於此的任何檔，就我所知是真實和正確的。我瞭解有意提交虛假資訊以獲得經濟救助是非法的。

申請人簽名: _____

與患者的關係: _____

完成日: _____

如果你以某種方式獲得資助或者你在本申請中彙報 0 收入，請讓資助你和你的家庭的人填寫下列的資助申明。

資助申明

我已被患者/責任方確認將提供經濟資助。下列為我所提供的服務和資助。

我在此證明和確認此處給出的所有資訊就我所知是真實和正確的。我瞭解我的簽名將不會使我對患者的醫療開支負責。

簽名: _____ 完成日: _____

在收到填寫完畢的申請表之日起，合格性審批尚須等待 30 天。

如果審批合格，自批准日起 6 個月內將提供經濟救助，且在所有的貝斯·以色列萊希附屬醫院均有效，如其各自的財務資助政策附錄 5 所述：

- 安娜·傑奎斯醫院
- 艾迪生·吉伯特醫院
- 灣嶺醫院
- 貝斯·以色列執事醫療中心
- 貝斯·以色列執事醫院 (Milton)
- 貝斯·以色列執事醫院 (Needham)
- 貝斯·以色列執事醫療院 (Plymouth)
- 貝芙麗醫院
- 拉萊希醫院和醫療中心
- 皮博迪萊希醫療中心
- 奧本山醫院
- 新英格蘭浸信會醫院
- 溫徹斯特醫院

員工專用.	
收到申請之單位:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>