

财务援助申请 MyChart 补充说明

这是一份由 Fred Hutchinson Cancer Center 提供的财务援助的申请表。本申请表是 MyChart 的补充版本。请仅在通过您的 MyChart 账户进行申请时使用本表。请通过 MyChart 模块上传本表。如果您需要填写整份申请表，请访问我们的网站 fredhutch.org/financialassistance 下载完整的申请表。您也可以寻求护理的地点索取申请表或相关资料。

华盛顿州要求所有医院提供财务援助给符合特定收入要求的个人和家庭。根据您的家庭人数和收入情况，即使您有医疗保险，您可能仍有资格享受免费护理或费用减免护理。我们为任何家庭总收入不高于联邦贫困指标 (Federal Poverty Level, FPL) 300% 的患者/担保人提供财务援助，使他们能够获得 100% 的折扣。自 2022 年 7 月 1 日起，我们的援助范围扩大到：

- FPL 的 301-350%：提供 75% 的折扣，患者自付 25%
- FPL 的 351-400%：提供 50% 的折扣，患者自付 50%

如需更多信息，请在周一至周五上午 7:30 至下午 4:00（太平洋时间）拨打 (206) 606-6226 或免费电话 (800) 304-1763 选择选项 2，联系财务咨询处。

财务援助涵盖什么？

医院财务援助涵盖由 Fred Hutchinson Cancer Center 提供的适当医院服务，具体取决于您的资格。财务援助可能不会涵盖所有医疗护理费用，其中包括由其他组织提供的服务。

如果您有问题或需要帮助完成此申请：

请致电 (206) 606-6226 或免费电话 (800) 304-1763 选择选项 2，联系财务咨询处。您可以出于任何原因寻求帮助，包括残障和语言协助。

备注：申请财务援助时，您不一定要提供社会安全号码。如果您向我们提供您的社会安全号码，将有助于加快您的申请的处理速度。社会安全号码可用于验证您提供给我们信息。如果您没有社会安全号码，请注明“不适用”或“NA”。

请务必自留一份此财务援助申请表的副本。

我们将在收到填妥的财务援助申请表（包括收入证明文件）后 14 个日历日内，通知您最终的资格确定情况以及您提出上诉的权利（如适用）。

提交财务援助申请表，即表明您同意我们进行必要的查询，以确认财务负担和信息。

我们想要提供帮助。请及时提交您的申请表！

在您的申请待受理时，您可能会收到账单。Fred Hutchinson Cancer Center 和 UW Medicine 可以在需要时共享信息，以帮助患者在两个机构寻求治疗（在完成申请后的 90 天内）。

每个机构的审批期限可能有所不同。

财务援助 MyChart 补充表

本申请表是 MyChart 的补充版本。请仅在通过您的 MyChart 账户进行申请时使用本表。请通过 MyChart 模块上传本表。如果您需要填写整份申请表，请访问我们的网站 fredhutch.org/financialassistance 下载完整的申请表。您也可以在寻求护理的地点索取申请表或相关资料。

请完整填写所有信息。如果不适用，请注明“NA”。如果需要，请附加页面。

筛查信息
您是否需要口译员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请列出首选语言：_____
患者是否申请了 Medicaid？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 需要先申请，再考虑是否为其提供财务援助申请
患者是否获得州公共服务，如贫困家庭临时援助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)、基本食品 (Basic Food) 或妇女儿童计划 (Women, Infants and Children, WIC)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者目前是否无家可归？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者的医疗护理需要是否与车祸或工伤有关？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

患者和申请人信息		
患者名字	患者中间名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他（可具体说明_____）	出生日期	患者社会安全号码* <small>*参见第1页关于社会安全号码的说明</small>
联系信息		主要联系号码：家庭电话：_____
电子邮件地址：_____		移动电话：_____
		其他：_____

家庭信息					
请列出您的家庭成员，包括您自己。“家庭成员”包括与您共同生活并且有血缘关系、婚姻关系或领养关系的人。					
家庭规模_____		受抚养人_____		如果需要，请附加页面	
姓名	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 岁： 雇主姓名或收入来源	如果年满 18 岁： 月总收入（税前）：	是否也在申请 财务援助？
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
					是/否
必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源包括，例如： - 工资 - 失业 - 自雇 - 工伤补偿 - 残疾 - 补充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI) - 子女抚养费/配偶抚养费 - 勤工助学计划（学生） - 养老金 - 退休账户分配收入 - 其他（请说明_____）					