

尊敬的病人，

附件為 BIDMC 醫療困難申請表。請完整填寫並與所有需要的檔一起交還。填寫不完整的申請表可能導致經濟救助被拒。

交還申請表的截止日期為申請經濟救助的醫療服務的第一張帳單日起 240 天。

貝斯·以色列執事醫療中心及其附屬機構致力於向那些有醫保需求但是無保險，保額不足或不符合政府醫保方案的病人，或者那些根據其個人經濟狀況無法支付必要醫療費用的病人提供經濟救助。

如你有任何疑問，請與財務諮詢聯繫，電話如下：

謝謝！

將申請交還到：

Financial Counseling Unit
Beth Israel Deaconess Medical Center
East Campus/Rabb
Room 111
330 Brookline Avenue
Boston, MA 02215
617-667-5661

醫療困難經濟援助申請

請列印

今日日期: _____ 社會安全號碼# _____

病歷號碼: _____

病人姓名: _____

病人生日: _____

地址: _____

街

房間號

城市

州

郵編

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: _____

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, 則醫療救助就可能不適用。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, 18 歲以下的子女和/或兄弟姐妹, 無論所親生或領養的。

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
- 健康儲蓄賬戶

- 健康報銷帳戶
- 靈活支付帳戶
- 所有醫療帳單的影本

如無法提供上述材料，請致電財務諮詢部來討論他們可能提供的其他檔。

列舉前 12 個月內所有的醫療帳單並提供其影本：

醫治日期	醫治地點	欠款額
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

請簡單描述下為何支付這些帳單有困難：

在下方簽字之後，我確認此申請表中提交的所有資訊，就我的知識，資訊和信念而言是真實的。

申請人簽名: _____

與患者的關係: _____

完成日: _____

在收到填寫完畢的申請表之日起，審批合格性尚須等待 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·杰奎斯醫院
- 艾迪生·吉爾伯特醫院
- 灣嶺醫院
- 貝斯·以色列執事醫療中心-Boston
- 貝斯·以色列執事醫療中心-Milton
- 貝斯·以色列執事醫療中心-Needham
- 貝斯·以色列執事醫療中心-Plymouth
- 貝弗利醫院
- 伯靈頓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"/>