尊敬的病人,

附件为 BIDMC 医疗困难申请表。请完整填写并与所有需要的文件一起交还。填写不完整的申请表可能导致经济救助被拒。

交还申请表的截止日期为申请经济救助的医疗服务的第一张账单日起 240 天。

贝斯·以色列执事医疗中心及其附属机构致力于向那些有医保需求但是无保险，保额不足或不符合政府医保方案的病人，或者那些根据其个人经济状况无法支付必要医疗费用的病人提供经济救助。

如你有任何疑问，请与财务咨询联系， 电话如下：

谢谢！

将申请交还到：

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

医疗困境申请

请打印

今日日期: _____ 社会安全号码#_____

病历号码: _____

病人姓名: _____

病人生日：_____

地址: _____
街 房间号

_____ _____ _____
城市 州 邮编

病人在就诊时有没有健康保险或 医疗补助** ? 是 ☐ 否 ☐
如果"是", 请附上保险卡复印件 (正反面)并填写下列内容:

保险公司名: _____ 保单号: _____

生效日: _____ 保险公司电话号码: _____

注意: *如已设立健康储蓄账户（HAS）, 医疗报销账户（HRA）, 弹性消费账户（FSA）或类似的专供家庭医疗开支的基金，则医疗救助就可能不适用。在提供救助之前，必须从已设立账户中先行支付。*

如需申请经济救助，请填写下列内容:
列举所有居住在家中的家庭成员，包括患者，父母，18 岁以下的子女和/或兄弟姐妹，无论所亲生或领养的。

家庭成员	年龄	与患者关系	收入来源或雇主姓名	每月毛收
1.				
2.				
3.				
4.				

除经济救助申请之外， 我们还需要下列文件， 请附带于本申请之后。

- 当前的州或联邦的报税记录
- 当前的 W2
- 4 张最新的工资存根
- 4 张最新的支票和/或储蓄账户对账单
- 所有医疗账单的复印件

如无法提供上述材料，请致电财务咨询部来讨论他们可能提供的其他文件。

列举前 12 个月内所有的医疗账单并提供其复印件:

医治日期	医治地点	欠款额
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

请简单描述下为何支付这些账单有困难：

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

在下方签字之后，我确认此申请表中提交的所有信息，就我的知识，信息和信念而言是真实的。
申请人签名: _____ _____

与患者的关系: _____

完成日: _____

在收到填写完毕的申请表之日起，审批合格性尚须等待 30 天。
如果审批合格，自批准日起 6 个月内将提供经济救助，且在所有的贝斯·以色列执事医疗中心之附属机构中均有效:

贝斯·以色列执事医疗中心-Boston
贝斯·以色列执事医疗中心-Milton
贝斯·以色列执事医疗中心-Needham
贝斯·以色列执事医疗中心-Plymouth

员工专用.
收到申请之单位:
BIDMC ☐
BID Milton ☐
BID Needham ☐
BID Plymouth ☐
收到日: