

**Boston Children’s Hospital**（「醫院」）及其醫生基金會（「基金會」）致力於成為需要護理的兒童的資源，無論其是否有支付能力。本財務援助申請表用於為醫院和基金會提供的所有緊急和其他所需醫療護理評估援助機會。請列印並填寫所有適用的部分。

醫院和基金會將視具體情況與患者共同申請公共援助（例如，Medicaid、Commonwealth Care 和 Health Safety Net）。未能申請您可能沒有資格獲取的公共援助可能導致醫院和基金會拒絕您的財務援助申請。

在填寫此申請表時如有任何疑問，請親自聯絡醫院的患者財務服務部的財務諮詢科，其地址如下：300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115，亦可撥打 (617) 355-7201。

請將填妥的申請表郵寄至：

**Boston Children’s Hospital**  
**Patient Financial Services – Financial Counseling**  
**300 Longwood Avenue**  
**Farley Building Room 160**  
**Boston, MA, 02115**

## 1. 申請者資訊

附註 1：申請者指申請表填寫人的姓名。

申請者姓名（名字、中間名和姓氏）	
申請者與患者的關係	
患者在 Boston Children’s Hospital 的病歷編號	
所申請的財務援助的服務日期	
所申請的財務援助的帳號	
所申請的美元金額	

## 2. 患者和患者擔保人資訊

附註 2：患者是為其提出申請的人士，是接受醫療護理的人士。

附註 3：患者擔保人指為患者帳單作經濟擔保的人士。

患者姓名（名字、中間名和姓氏）	
-----------------	--

<sup>1</sup> Boston Children’s Hospital 的財務援助政策並不適用於 Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy 以及 Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy 提供的任何項目。

患者出生日期	
--------	--

患者社會安全號碼（如已簽發）	
患者地址	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租住 <input type="checkbox"/> 不適用
患者電話號碼	
患者擔保人姓名	
患者擔保人地址	
患者擔保人與患者的關係	
患者擔保人雇主	
患者擔保人雇主的地址	

- 請納入住宅驗證，比如，駕照、銀行按揭單、租賃協定、稅單、電費帳單、公用事業費用帳單或電話費帳單。

患者是否申請 Medicaid、Commonwealth Care 或 Health Safety Net 之類公共援助？

是  否  不清楚 結果 \_\_\_\_\_

如為「是」，請提供申請結果。

如果患者在服務日期獲取了公共援助，請隨申請表提供公共援助資訊。

如果以前已拒絕公共援助，請提供拒絕資訊。

患者在服務日期是否有購買醫療保險？

是  否  不清楚 健康保險 \_\_\_\_\_

如果患者在服務日期購有保險，請隨申請表提供保險資訊。

患者 / 擔保人是否可以透過其雇主擁有健康保險？

是  否  不清楚 雇主 \_\_\_\_\_

患者 / 擔保人是否在最近 60 天內自願終止保險？

是     否     不清楚                      保險 \_\_\_\_\_

患者是否在服務日期有待決的訴訟、和解或責任索賠？

是     否     不清楚                      結果 \_\_\_\_\_

如果患者有待決的訴訟、和解或責任索賠，請隨申請表提供相關狀態。

患者是否可取得其他經費以協助支付所需醫療服務？

是     否     不清楚                      經費來源 \_\_\_\_\_

### 3. 家庭資訊

醫院根據患者的家庭收入確定患者是否有資格參與財務援助計畫。使用聯邦貧困線標準 (Federal Poverty Guideline, FPG) 確定折扣率。在下方列出患者及其家長和法定監護人（無論其是否與患者居住在一起）。也列出與患者居住在一起的其所有家庭成員，包括與患者居住在一起的未滿 18 歲的其兄弟姐妹。如果患者已婚，請列出患者的配偶。如果家庭成員超過 6 位，請另附紙張。

家庭成員數量 \_\_\_\_\_

ID	家庭成員姓名（名字、中間名和姓氏）	與患者的關係	出生日期	年齡
1				
2				
3				
4				
5				
6				

#### 4. 家庭收入

列出在服務日期之前 6 至 12 個月期間與此財務援助申請相關的所有家庭總收入。家庭總收入為稅前收入，包括工資、失業補償金、工傷賠償金和各種其他形式的收入。家庭收入應包括患者、患者家長和法定監護人（無論其是否與患者居住在一起）以及與患者居住在一起的未滿 18 歲的其兄弟姐妹的收入。如果患者已婚，則家庭收入應包括患者配偶的收入。可為每種收入列出多種來源。

家庭收入類型	家庭成員來源	最近 6 個月總收入	最近 12 個月總收入
工資			
失業補償金			
工傷賠償金			
公共援助			
養老金/退休金			
租住物業			
殘障狀況			
子女撫養費（如果工資中未報告）			
離婚贍養費（如果工資中未報告）			
社會安全福利金			
紅利/利息/版稅			
其他			
總計			

- 請納入收入驗證，包括上年度納稅申報表、以前年度 W2、4 份最新工資單或雇主發放的工資之書面驗證、社會福利金支票、殘障福利金支票或零收入聲明簽名宣誓書。

#### 5. 證明和簽名

我要求醫院確定我是否有資格獲取財務援助。我理解此資訊為機密資訊，將接受醫院的驗證。我也理解，如果我提供的資訊是虛假的，則醫院可能拒絕我獲取財務援助，且我有責任支付醫院和基金會提供的服務之費用。我特此證明，盡我所知，本申請表中的資訊完整且準確，且我理解相關流程和我的責任。

申請者姓名（名字、中間名和姓氏）	
簽名	日期