

家庭月收入：請提供您個人以及其他家庭成員的月收入。並請附上您的 IRS 表 1040 副本及其他收入文件證明（詳見證明文件清單）。					
	自己	配偶及/或其他家庭成員		自己	配偶及/或其他家庭成員
薪資/自體經營	\$	\$	失業	\$	\$
社會安全	\$	\$	工傷補償	\$	\$
退休金或退休收入	\$	\$	贍養費及子女撫養費	\$	\$
紅利及利息	\$	\$	其他收入	\$	\$
租金及版稅	\$	\$	家庭月總收入	\$	\$

可用家庭資源：請隨此申請表附上您上一個月的家庭賬單副本。您或您家庭的其他成員是否擁有銀行賬

戶？..... 是 否

如是，您必須附寄最近期的月賬單。請勾選您擁有的賬戶類型：

活期存款賬戶 儲蓄賬戶 貨幣市場賬戶 定期存款賬戶 (CDs)

健康儲蓄賬戶 (HSA、FSA、MSA、HRA)

您是否擁有任何股票、債券或其他投資？..... 是 否

您是否曾經附寄最近期的活期存款及儲蓄賬戶銀行賬單的副本？

您是否曾經附寄其他賬單的副本（貨幣市場、定期存款、股票、債券、所有健康儲蓄賬戶）？

請提供您的房地產（家居、不動產）及機動車輛所有權的相關資料。對於下述您並不擁有的任一項，請填寫零。		
房地產值：\$	貸款餘額：\$	月付款項：\$
其他財產：\$	貸款餘額：\$	月付款項：\$
機動車輛： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租用（勾選一項）		
品牌：	型號：	年份：
機動車輛： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租用（勾選一項）		
品牌：	型號：	年份：

月家庭及醫療支出：請提供您每月支付的賬單相關資料。			
貸款/租金：\$	水電費：\$	房地產稅：\$	
醫療賬單（請附上所有醫療賬單）：\$	處方藥物：\$	食品：\$	
其他賬單，請描述內容：\$			

免責聲明：本人瞭解，本人所提供的資料將僅用於確定傑弗遜大學醫院（不包括醫生服務）費用之財務責任，且將得到保密。本人瞭解，本人為了證明收入及資產所寄送的材料將不予歸還。本人進一步瞭解，本人所提交的關於年家庭收入及家庭規模的資料需經由傑弗遜大學醫院核實。本人瞭解，本人與醫療援助申請流程及傑弗遜大學醫院財務援助申請流程的全力配合對於本計劃的任何福利金均為要求考慮的內容。本人瞭解，本人對於不受慈善照顧承保的任何醫療服務費用均將承擔財務責任。本人瞭解如果本人已提供的任何資料確定為虛假資料，則可能導致收回慈善照顧的批准，並且本人將承擔所有費用的全部金額。

本人簽名授權傑弗遜大學醫院對本表所提供的所有資料進行核實。本人確定上述資料在本人的最佳認知範圍內真實準確。

簽名： X	對於患者關係：	日期：
-----------------	---------	-----

如果我有任何疑問或填寫申請時需要協助，我可以聯絡誰？
財務顧問：215-503-4489 或 215-503-1178.位於 Chestnut 街與 Sansom 街之間的第 10 街上的 gibbon 樓入口處。
慈善照顧部 (Charity care department)：215-955-3815

FORM (表) 78727 (06/16 修訂)



財務援助申請資訊

傑弗遜大學醫院為其提供醫療保健服務向符合資格的個人及家庭提供財務援助。視您的財務需要，可提供部分費用減免或慈善照顧。

如果您符合以下條件，則可能有資格獲得財務援助：

- 有限具有或不具有健康保險
- 不具有政府援助（例如 Medicaid）的資格
- 能夠顯示出您具有財務需要
- 賓夕法尼亞州、新澤西州或特拉華州的居民
- 向傑弗遜提供有關您的家庭財務狀況的必要資料

關於申請流程

申請傑弗遜大學醫院慈善照顧計劃包括如下步驟：

- 填寫此資訊包中的《財務援助申請》表格。
 - ❖ 包括清單中所列的證明文件。
 - ❖ 我們將審查您的收入、資產（例如，銀行賬戶、股票、債券及其他投資）及家庭規模以確定可向您提供的援助水平。根據聯邦針對貧困的政策，我們使用浮動計算法。
 - ❖ 請注意，您必須首先探究您是否符合資格申請能夠承保您的醫療保健費用的某一類型保險福利金（例如，工傷保險、汽車保險及醫療保險）。我們可幫助引導您尋找合適資源。
- 我們將與您聯絡，通知您是否符合資格申請傑弗遜的慈善照顧計劃 (Jefferson's Charity Care Program)。
- 我們可針對不受慈善照顧計劃承擔的任何剩餘費用或賬單做一個付款規劃安排。
- 本計劃僅針對您在傑弗遜醫院的費用，並且不適用於醫生服務。

提交您的申請

請將您已填寫的申請表以及您的收入證明材料副本郵寄至：

Jefferson University Hospitals
P.O. Box 88
Philadelphia, PA 19105-0088
Attn: Financial Assistance Representative

如果您有任何疑問，請致電 1-215-955-3815 聯絡人員代表。更多資訊亦可透過線上了解，網址 www.jeffersonhospital.org。先選擇「患者與訪客資訊」，再選擇「患者政策」和「慈善照顧計劃」。

FORM (表) 78727 (06/16 修訂)

財務援助證明文件清單

您的申請必須包括下述與您的情況相符的任何文件副本。請附上副本而非原件，因傑弗遜無法歸還連同該申請表郵寄的任何文件。如果遺漏任何文件，則將耽擱您的申請處理。

1. 如果您具有收入：

- 如果您曾提交稅務申報，請附上您最近期的美國國家稅務署 (IRS) 表格 1040 之副本。

如果您未曾提交聯邦所得稅申報，您必須：

- 書面聲明您不需申報及其理由（連同您的申請表傳送）
- 對於曾承認您為受贍養者的任何人，請向我們傳送該人最近期的聯邦所得稅申報之副本

附上您家庭收入的額外證明，可包括：

- 社會安全 1099 表格或裁定書
- 失業或工傷補償裁定書
- 過去三個月的工資存根
- 最近期的 IRS 表格 1040 及合適的明細表
- 如果您自體經營，您必須包括明細表 C 及/或損益表。

2. 如果您不具有收入：

- 如果您不具有收入，請向我們傳送一份佐證書。為您提供佐證的人士必須簽署該佐證書並且讓相關人員對該文件作公證。

3. 家庭可用現金證明

為下述各項附上最近期的賬單：

- 活期存款及/或儲蓄賬戶
- 股票、債券、定期存款 (CDs)、高收益利息賬戶或年金
- 任何其他投資，包括房地產
- 健康儲蓄賬戶 (HSA)、醫療儲蓄賬戶 (MSA)、靈活開銷安排 (FSA) 或健康補償安排 (HRA)

4. 醫療援助否決書

- 基於首次財務狀況審查，您可能需申請醫療援助並向我們傳送您的否決書副本，我們才能夠批准您的申請。儘管可能對未來服務批准財務援助，您在本流程中可能隨時被要求填寫《醫療援助申請》。

5. 您已填寫並簽署的財務援助申請表

- 請確保填寫本表格中適用於您的情況之所有部分。



財務援助申請表

患者姓名：	
患者出生日期：	患者社會安全號：
地址：號碼及街道/市/州/郵編	
日間電話號碼：	備用電話號碼：
僱主名稱：	配偶的僱主名稱：

如果您已收到賬單，請向我們提供您的賬戶號碼（可多個）：

家庭資料：列出您最近期的 IRS 表格 1040 上獲承認的所有家庭成員。

姓名	對於患者關係	年齡

家庭成員總人數（包括患者）：

您是否具有健康保險：..... 是 否
如是，請附寄您的健康保險卡之正反面副本。

您在過去 6 個月是否曾申請醫療援助？..... 是 否
如是，請附寄否決書或合格證明之副本。
如否，請聯絡您當地的縣援助辦公室了解如何申請醫療援助福利金。

這些服務是否與車禍、
工傷補償或任何第三方訴訟有關？..... 是 否
如是，請提供律師及/或代表的姓名及聯絡資訊：

姓名： _____
地址： _____
電話號碼： _____
案例類型： _____

您是否符合下述任一項的資格：..... 是 否
 學校午餐津貼計劃 低收入者住房津貼
 州資助處方藥物計劃 WIC 食品券

如是，請提供核實資格的證明文件。

如果您符合上述任一計劃的資格，或目前符合醫療援助的資格，您無需填寫本申請的剩餘頁。
請在最後頁簽署本申請並連同附件寄送申請表。