

Boston Children’s Hospital（“医院”）及其医生基金会（“基金会”）致力于成为需要护理的儿童的资源，无论其是否有支付能力。本财务援助申请表用于为医院和基金会提供的所有紧急和其他所需医疗护理评估援助机会。请打印并填写所有适用的部分。

医院和基金会将视具体情况与患者共同申请公共援助（例如，Medicaid、Commonwealth Care 和 Health Safety Net）。未能申请您可能没有资格获取的公共援助可能导致医院和基金会拒绝您的财务援助申请。

在填写此申请表时如有任何疑问，请亲自联系医院的患者财务服务部的财务咨询科（地址：300 Longwood Avenue, Boston, MA, 02115），或致电 (617) 355-7201 进行联系。

请将填妥的申请表邮寄至：

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

1. 申请者信息

备注 1：申请者指申请表填写人的姓名。

申请者姓名（名字、中间名和姓氏）	
申请者与患者的关系	
患者在 Boston Children’s Hospital 的病历号	
所申请的财务援助的服务日期	
所申请的财务援助的帐号	
所申请的美元金额	

2. 患者和患者担保人信息

备注 2：患者是为其提出申请的人士，是接受医疗护理的人士。

备注 3：患者担保人指为患者帐单作经济担保的人士。

患者姓名（名字、中间名和姓氏）	
-----------------	--

¹ Boston Children’s Hospital 的财务援助政策不适用于 Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy 及 Boston Children’s Health Solutions, Rx, LLC d/b/a Boston Children’s Pharmacy 提供的任何项目。

患者出生日期	
--------	--

患者社会安全号码（如已签发）	
患者地址	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租住 <input type="checkbox"/> 不适用
患者电话号码	
患者担保人姓名	
患者担保人地址	
患者担保人与患者的关系	
患者担保人雇主	
患者担保人雇主的地址	

- 请纳入住宅验证，比如，驾照、银行按揭单、租赁协议、税单、电费帐单、公用事业费用帐单或电话费帐单。

患者是否申请 Medicaid、Commonwealth Care 或 Health Safety Net 之类公共援助？

是 否 不清楚 结果 _____

如果“是”，请提供申请结果。
 如果患者在服务日期获取了公共援助，请随申请表提供公共援助信息。
 如果以前已拒绝公共援助，请提供拒绝信息。

患者在服务日期是否有购买医疗保险？

是 否 不清楚 健康保险 _____

如果患者在服务日期购有保险，请随申请表提供保险信息。

患者/担保人是否可以通过其雇主获得健康保险？

是 否 不清楚 雇主 _____

患者/担保人是否在过去 60 天内自愿终止保险？

是 否 不清楚 保险 _____

患者是否在服务日期有待决的诉讼、和解或责任索赔？

是 否 不清楚 结果 _____

如果患者有待决的诉讼、和解或责任索赔，请随申请表提供相关状态。

患者是否可以获得其他资金以协助支付所需医疗服务？

是 否 不清楚 资金来源 _____

3. 家庭信息

医院根据患者的家庭收入确定患者是否有资格参与财务援助计划。使用联邦贫困线标准 (Federal Poverty Guideline, FPG) 确定折扣率。在下方列出患者及其家长和法定监护人（无论其是否与患者居住在一起）。也列出与患者居住在一起的其所有家庭成员，包括与患者居住在一起的未满 18 岁的其兄弟姐妹。如果患者已婚，请列出患者的配偶。如果家庭成员超过 6 位，请另附纸张。

家庭成员数量 _____

ID	家庭成员姓名（名字、中间名和姓氏）	与患者的关系	出生日期	年龄
1				
2				
3				
4				
5				
6				

4. 家庭收入

列出在服务日期之前 6 至 12 个月期间与此财务援助申请相关的所有家庭总收入。家庭总收入为税前收入，包括工资、失业补偿金、工伤赔偿金和各种其他形式的收入。家庭收入应包括患者、患者家长和法定监护人（无论其是否与患者居住在一起）以及与患者居住在一起的未满 18 岁的其兄弟姐妹的收入。如果患者已婚，则家庭收入应包括患者配偶的收入。可为每种收入列出多种来源。

家庭收入类型	家庭成员来源	过去 6 个月的总收入	过去 12 个月的总收入
工资			
失业补偿金			
工伤赔偿金			
公共援助			
养老金/退休金			
租住物业			
残障			
子女抚养费（如果工资中未报告）			
离婚赡养费（如果工资中未报告）			
社会安全福利金			
红利/利息/版税			
其他			
总计			

- 请纳入收入验证，包括上年度纳税申报表、以前年度 W2、4 份最新工资单或雇主发放的工资之书面验证、社会福利金支票、残障福利金支票或零收入声明签名宣誓书。

5. 证明和签名

我要求医院确定我是否有资格获取财务援助。我理解此信息为机密信息，将接受医院的验证。我也理解，如果我提供的信息是虚假的，则医院可能拒绝我获取财务援助，且我有责任支付医院和基金会提供的服务之费用。我特此证明，尽我所知，本申请表中的信息完整且准确，且我理解相关流程和我的责任。

申请者姓名（名字、中间名和姓氏）	
签名	日期