

**撒玛利亚健康服务 慈善关怀 / 财务补助申请表 —— 保密**

请完整填写所有信息。如果不适用，请填写“NA”。如需要，请另附页补充。

请将已填妥的申请邮寄至撒玛利亚健康服务地区业务办事处（地址为 PO BOX 1189, CORVALLIS, OR 97339）或将申请发送电子邮件至

[shsfinancialassistance@samhealth.org](mailto:shsfinancialassistance@samhealth.org)

**筛选信息**

填写此表格的人是否需要口语翻译员？  是  否 如果是，请列出首选语言：

患者是否接受 TANF、基本食物或 WIC 等州公共服务？  是  否

患者目前是否无家可归？  是  否

患者的医疗护理需求是否与交通事故或工伤有关？  是  否

**请注意**

- 即使您提出申请，我们也不能保证您有资格获得财务补助。
- 您提交申请后，我们可能会检查所有信息，并可能要求您提供更多收入证明。

**患者和申请人信息**

患者名字	患者中间名	患者姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他（可指明 _____）	出生日期	患者社会保障号码（选填）
负责支付账单的人	与患者的关系	出生日期
		社会保障号码（选填）
邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____		主要联系电话号码 (____) _____ 准许与您的财务申请有关的详细语音留言：是 否（请圈出一个）

负责支付账单的人的就业状况  
 受雇（受雇日期：\_\_\_\_\_）  失业（失业多长时间：\_\_\_\_\_）  
 自雇人士  学生  残疾人  退休人士  其他  
 (\_\_\_\_\_)

**家庭信息**

列出您家庭中的家庭成员（包括您在内）。“家人”包括因出生、婚姻或领养而与您有关且在一起生活的人。请注意，仅考虑未满 18 岁且在您的报税表上报税的子女。

家庭人数 \_\_\_\_\_ 如需要，请另附页补充

姓名（名字和姓氏）	出生日期	与患者的关系	如果年满 18 岁或以上： 雇主名称或收入来源	如果年满 18 岁或以上： 每月总收入（税前）：	是否报税？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必须披露所有成年家庭成员的收入，并在填妥的申请中夹附证明。收入来源包括（例如）：

- 工资（最近三个月）  失业金  自雇  工人补偿金  残疾  SSI  子女抚养费 / 配偶赡养费  
 半工半读计划（学生）  养老金  退休账户分派  报税  其他（请解释\_\_\_\_\_）

请勾选领取的每种收入来源对应的方框，以及在填妥的申请中夹附报税单。

**资产信息**

在审核财务补助申请时可能会使用此信息。

往来支票账户余额 \$ _____	您的家人是否有其他资产？ <b>请勾选所有适用项</b> <input type="checkbox"/> 股票 <input type="checkbox"/> 债券 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 健康储蓄账户 <input type="checkbox"/> 信托 <input type="checkbox"/> 拥有一家公司 <input type="checkbox"/> 物业（不包括主要住宅）
往来储蓄账户余额 \$ _____	

**其他信息**

如果您希望我们知道有关您当前财务状况的其他信息（例如财务困境、过高的医疗开支、季节性或临时收入，或者个人损失），请另附页说明。

**患者协议**

\*我明白，撒玛利亚健康服务可能会通过审核征信信息，以及从其他资料来源获取信息来核实信息，以帮助确定获得财务补助或参加付款计划的资格。  
 \*据我所知，我确认上述信息属实和正确。我明白，如果我提供的财务信息被确定为虚假信息，我可能被拒绝获得财务补助，并对所提供的服务负责及预计对此支付费用。

负责支付账单的人的签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

如果您在填写申请时有任何疑问或需要其他帮助，您可以发送电子邮件至 [shsfinancialassistance@samhealth.org](mailto:shsfinancialassistance@samhealth.org) 或拨打免费电话 (800) 640-5339 或 (541) 768-4392。欲查看撒玛利亚健康服务财务补助政策并了解更多信息，请浏览网站 [www.samhealth.org/financialassistance](http://www.samhealth.org/financialassistance)