



为恪守我们的使命和核心价值观，撒玛利亚健康服务致力于为人们提供医疗护理，而不论其支付能力如何。

什么是财务补助？

撒玛利亚健康服务对符合若干既定标准的人免费或降价提供必要的医疗护理。如果您有资格获得财务补助，您可能会少付部分或全部费用。有关财务补助的更多信息，请浏览网站 www.samhealth.org/financialassistance。

谁有资格获得财务补助？

财务补助通常适用于符合联邦贫困指南或需要支付巨额医疗费的人士。

我该如何申请？

要获得补助，请在收到第一份账单后的 10 天内填写此表格，并交回给撒玛利亚健康服务。填写此表格可能使您获得免费或降价医疗护理。

要获得财务补助，您必须根据资格规定提供必要的文件。

与申请有关的所有信息将予以保密。您可能需要提供其他信息。

如果我需要财务补助申请或流程方面的帮助，该怎么办？

欲就您的问题获得解答或获得其他帮助，您可以发送电子邮件至 shsfinancialassistance@samhealth.org 或致电 (800) 640-5339 或 (541) 768-4392。

如果我符合资格，会怎么样？

您将收到一份书面通知，知悉获授权的折扣水平。您须为余款制定还款安排。如果您未支付余款，我们保留取消折扣并将未获支付的余款转至我们的收债机构的权利。我们的付款政策是在三个月内收到悉数付款。撒玛利亚健康服务的财务补助决定不影响您在不隶属于撒玛利亚健康服务的其他医疗服务提供者所负的财务义务。

如果我不符合资格，会怎么样？

您将收到一封信，信中会通知您结果。付款安排可根据我们的政策予以提供。如果您有任何疑问，请致电 (800) 640-5339 或 (541) 768-4392，联系我们的客服代表。

提交表格至：

**SAMARITAN HEALTH SERVICES
REGIONAL BUSINESS OFFICE PO
BOX 1189
CORVALLIS, OR 97339-1189**

或

通过电子邮件发送申请至：

shsfinancialassistance@samhealth.org

为完成您的财务申请，您必须为因婚姻、同居伴侣关系、出生或领养而与您有关的每个人提交以下文件。年满 18 岁及以上的受抚养人必须自己填写申请。

对于以下每位人士.....

请包括以下内容：

<p>您或您为其提出申请的人是否为受雇人士？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3 个月总收入证明（工资单）及 • 所有账户（公司和个人账户）的 3 个月银行结单；及 • 最新的完整联邦纳税申报表，包括所有明细表
<p>您或您为其提出申请的人是否为失业人士？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最新的失业福利函或所有失业金证明；及 • 任何帮助您满足您的生活需求的人的结单；及 • 所有账户（公司和个人账户）的 3 个月银行结单；及 • 最新的完整联邦纳税申报表，包括所有明细表
<p>您或您为其提出申请的人是否为学生？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最新的财务援助授予函；及 • 任何帮助您满足您的生活需求的人的结单；及 • 所有账户（公司和个人账户）的 3 个月银行结单；及 • 您本人以及声称您为受抚养人的任何人的最新完整联邦纳税申报表，包括所有明细表
<p>您或您为其提出申请的人是否领取社会保障金？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最新社会保障或残疾福利函的副本；除非银行结单显示直接存入福利。 • 所有账户（公司和个人账户）的 3 个月银行结单；及 • 最新的完整联邦纳税申报表，包括所有明细表（如果您仍在报税）。如果不再需要报税，请在您的申请中注明。
<p>您或您为其提出申请的人是否领取政府援助？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最新的 SNAP / 食品券福利审批函 • 最新的 WIC 审批函 • 最新的 LIHEAP（低收入供暖能源援助计划）审批函 • 最新的国家午餐计划审批函 • HUD（住房和城市发展）审批函的最新证明
<p>您或您为其提出申请的人是否领取政府援助？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 最新的 SNAP / 食品券福利审批函 • 最新的 WIC 审批函 • 最新的 LIHEAP（低收入供暖能源援助计划）审批函 • 最新的国家午餐计划审批函 • HUD（住房和城市发展）审批函的最新证明

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。

筛选信息

您是否需要口语翻译人员？ 是 否 如果是，请列出首选语言：

患者是否申请 Medicaid？ 是 否 在被考虑领取财务补助之前是否需要先申请？

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信息或收入证明。
- 在我们收到您填写的申请和文件后的 30 个日历天内，如果您有资格获得补助，我们将通知您。

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		主要联系电话号码 (_____)
城市 _____ 州邮编 _____ 代码 _____		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		
<input type="checkbox"/> 受雇（受雇日期：_____） <input type="checkbox"/> 失业（失业多长时间：_____） <input type="checkbox"/> 自雇人士 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾人 <input type="checkbox"/> 退休人士 <input type="checkbox"/> 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。收入来源包括（例如）：

工资 —— 失业金 —— 自雇 —— 劳工赔偿 —— 残疾补助金 —— SSI —— 子女 / 配偶抚养费
半工半读计划（学生） —— 养老金 —— 退休账户分配 —— 其他（请解释 _____）

撒玛利亚健康服务
慈善关怀 / 财务补助申请表——保密

收入信息

请记住：您的申请中必须包括收入证明。

您必须提供有关您家庭收入的信息。需要进行收入核实才能确定财务补助资格。

所有年满 18 岁或以上的家庭成员必须披露收入。如果您无法提供文件，可提交一份书面签署的结单，说明您的收入。请提供每项已确定收入来源的证明。

收入证明的例子包括：

- 最新的 3 个月工资单；
- 所有公司和个人账户的 3 个月银行结单；
- 去年的所得税申报表，包括明细表（如适用）；
- 雇主或其他人书面签署的结单；
- Medicaid 资格批准 / 拒绝函；
- SNAP、HUD、WIC、LIHEAP 或国家学校午餐计划批准函；
- 失业补偿资格批准 / 拒绝函；
- 对于参加健康共享计划的患者，请提供账单证明。

如果您没有收入证明或没有收入，请另附页说明。

开支信息

我们使用此信息来更全面地了解您的财务状况。

每月家庭开支：

租金 / 按揭 \$ _____	Medical 开支 \$ _____
保险费 \$ _____	公用设施费用 \$ _____
其他债务 / 开支 \$ _____	(子女抚养费、贷款、药物等)

保险 / 健康共享信息

如果您当前有健康保险或参加健康共享计划，请在下面列出：

1. _____
2. _____
3. _____

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