



Legacy Health 希望為滿足特定收入要求的個人和家庭提供財務援助。即使您擁有健康保險，您可能也有資格根據您的家庭人數和收入水平獲取費用得到減免的照護。如需更多資訊，請訪問 www.legacyhealth.org，在搜尋列中輸入 **financial assistance (財務援助)**。

財務援助涵蓋哪些內容？ 醫院財務援助涵蓋由 Legacy Health 提供之適當的醫院服務，具體取決於您的資格。財務援助可能無法涵蓋所有醫療保健費用，包括由其他組織提供的服務。該援助將涵蓋 Legacy Health 醫師收費以及 Legacy Health 化驗室收費。

如果您有疑問，或需要填寫申請表方面的幫助，請聯絡客戶服務部：醫院帳務客戶服務部 503-413-4048 (免付費電話 800-495-7076)。醫師帳務客戶服務部 503-413-3900 (免付費電話 877-295-8702)。化驗室帳務客戶服務部 503-413-4420 (免付費電話 800-233-3570)。您可以出於任何原因而獲取幫助，包括殘障和語言協助。

要使您的申請獲得處理，您必須：

- 向我們提供有關您家庭的資訊
請填寫您家中的家庭成員人數 (家庭成員包括因姻親關係或領養關係而在一起生活的人)
- 向我們提供有關您家庭每月總收入的資訊 (稅前收入和抵扣額)
- 提供家庭收入和資產證明文件
- 如有需要，請附上額外資訊
- 請在表格上簽名並註明日期

說明：您無須提供社會安全號碼即可申請財務援助。如果您向我們提供您的社會安全號碼，則有助於我們加快您的申請處理速度。社會安全號碼用於驗證您向我們提供的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請標記「not applicable」或「NA」(不適用)。

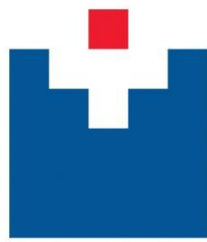
請將填妥的申請表連同所有文件郵寄或傳真至：Legacy Health PO Box 4037 Portland, OR 97208。
傳真：503-413-2753。請務必自己保留一份複本。

如欲親自提交填妥的申請表：請造訪任何 Legacy Health 設施。各間醫院均備有財務顧問，可為您提供協助。須事先預約。

我們將在收到完整的財務援助申請 (包括收入證明) 後 14 個日曆日內，通知您關於資格的最終決定及上訴權利 (如適用)。

提交財務援助申請即表示，您同意我們進行必要的查詢，確認財務義務及相關資訊。

**我們希望為您提供幫助。請儘快提交申請！
在我們收到您的資訊之前，您會繼續收到帳單。**



LEGACY HEALTH

財務援助申請表

請完整填寫所有資訊。如果某個項目不適用，請填寫「NA」(不適用)。如有需要，可自行加紙。

篩選資訊

你是否需要口譯員服務？是 否 如為「是」，請列出首選語言：

病患是否已申請 Medicaid？是 否

病患是否接受州政府公共服務，例如 TANF、Basic Food 或 WIC？是 否

病患目前是否無家可歸？是 否

病患的醫療照護需求是否與車禍或工傷有關？是 否

請注意

- 即使您提交申請，我們也無法保證您一定有資格獲得財務援助。
- 在您提交申請後，我們可能會檢查所有資訊，並可能會要求您提供額外資訊或收入證明。
- 我們會在收到您填妥的申請表和相關文件後 14 個日曆日內，通知您是否有資格獲得援助。

病患與申請人資訊

病患名字	病患中間名		病患姓氏
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 (可選擇說明 _____)	出生日期		病患社會安全號碼 (非必填)
負責支付帳單費用的人士	與病患的關係	出生日期	社會安全號碼
郵寄地址 _____ _____			主要聯絡電話 () _____ () _____ 電子郵件地址： _____
城市	州	郵遞區號	
負責支付帳單費用的人士之聘僱狀況 <input type="checkbox"/> 受僱 (聘僱日期：_____) <input type="checkbox"/> 失業 (失業多長時間：_____) <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)			

家庭資訊

請列出您家中的家庭成員，包括您自己。「家庭成員」包括因姻親關係或領養關係而在一起生活的人。

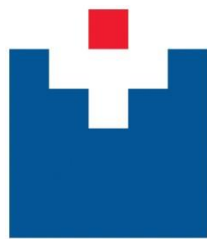
_____ 家庭人數 _____

如有需要，可自行加紙

姓名	出生日期	與病患的關係	如果年滿 18 歲： 雇主名稱或收入來源	如果年滿 18 歲： 每月總收入 (稅前)：	是否也在申請財 務援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

必須披露所有成年家庭成員的收入。收入來源包括 (舉例說明)：

- 薪資 - 失業 - 工商賠償 - 殘障 - SSI - 子女/配偶贍養費
- 勤工儉學方案 (學生) - 養老金 - 退休帳戶撥款 - 其他 (請說明_____)



LEGACY
HEALTH

財務援助申請表

收入資訊

請記得：您必須在申請中附上收入證明。

您必須提供有關您家庭收入的資訊。我們需要驗證病患收入才能判定病患是否能獲得財務援助。
所有年滿 **18 歲** 的家庭成員均必須披露其收入狀況。如果您無法提供證明文件，則可提交書面簽名聲明，說明您的收入狀況。請為每個已確定的收入來源提供證明。

收入證明的例子包括：

- W-2 預扣稅聲明；或
- 當前工資單 (3 個月)；或
- 上一年度的所得稅申報表，包括各個副表 (如適用)；或
- 雇主或其他人簽署的書面聲明；或
- 核准/拒絕獲得 Medicaid 和/或州政府資助的醫療援助之資格的決定函；或
- 核准/拒絕獲得失業補償資格的決定函。

如果您沒有收入證明或沒有收入，請自行加紙進行說明。

開支資訊

我們使用這些資訊來更全面地瞭解您的財務狀況。

每月家庭開支：

房租/抵押貸款 \$ _____	醫療費用 \$ _____
保險保費 \$ _____	水電瓦斯費 \$ _____
其他債務/費用 \$ _____	(子女撫養費、貸款、藥物、其他)

資產資訊

如果您的收入高於聯邦貧困線的 101%，我們則可能會使用此資訊。

當前支票帳戶餘額

\$ _____

當前儲蓄帳戶餘額

\$ _____

您的家人是否有下列其他資產？

請勾選所有適用項目

股票 債券 401K 健康儲蓄帳戶 信託

房產 (不包括主要住所) 企業業主

額外資訊

如果您希望我們瞭解有關您當前財務狀況的額外資訊 (例如財務困難狀況、過高的醫療費用、季節性或臨時收入，或個人損失)，請自行加紙。

病患協議

我瞭解，Legacy Health 可能會審查信用資訊並從其他來源獲取資訊來驗證我提供的資訊，從而協助釐定財務援助或付款計畫的資格。

我確認，據我所知，上述資訊真實、正確。我瞭解，如果我提供的財務資訊經判定為虛假資訊，結果可能是拒絕向我提供財務援助，並且我可能須負責對所接受的服務支付費用，並且預期我會支付費用。

申請人簽名 _____

日期 _____