


当前状态	政策编号	06.03.04
 <p>系统政策参考： 06.03.01 账单以及收账政策</p> <p>11.00.00 符合联邦和州立 1 隐私法和保密法的相关要求；定义</p>	生效日期：	2017 年 12 月 5 日
	上次审查日期：	2018 年 6 月 20 日
	上次修订日期：	2020 年 2 月 19 日 2019 年 9 月 18 日 2018 年 6 月 20 日 2015 年 1 月 15 日 2017 年 6 月 6 日 2017 年 12 月 5 日
	批准人：	Rich Adcock 首席执行官
	政策适用范围：	<input type="checkbox"/> 部门_____
<input checked="" type="checkbox"/> 医院内 <input checked="" type="checkbox"/> 系统内		
财务援助政策		

I. 宗旨

这项财务援助政策（以下简称“政策”）旨在确保 Verity 附属医院为患者提供医疗服务，在尊重患者及其家属尊严的前提下，无论患者的财务状况如何，均能公平获得急救与其他具备医疗必要性的诊断与治疗。

II. 政策

加利福尼亚州 Verity Health System（以下简称“Verity”或“Verity Health”）通过附件 A 中所列的附属医院（以下简称“医院”）向符合本文特定资格要求的低收入患者、未投保患者以及保额不足的患者提供慈善照料服务或医疗费用优惠。根据 Verity 附属医院的使命、California Health & Safety Code（《加州健康与安全法规》）的相关要求、加州司法部长于 2015 年 12 月 3 日在“重组和支援协议”(Restructuring and Support Agreement) 中发布的相关条件、Internal Revenue Code（《美国国内收税法典》）第 501(r) 条规定以及实施上述要求的适用法规等规定，我们特制定本政策。本政策不适用于所提供服务的未包含在医院账单内的医生或其他医疗服务提供者（包括急诊室医师、麻醉师、放射科医生、住院医生、病理学医生等）。请参阅附件 E 以了解本政策适用范围之内的医院部门列表。

III.定义

一般收费金额 (Amount Generally Billed, “AGB”) 系指可向符合本财务援助政策下财务援助资格的患者收取的最高费用。对于向任何符合财务援助资格的患者提供的符合条件的服务 (定义见下文), 不会向患者收取超出 AGB 的费用。Verity Health 使用“回溯”法逐个计算各个设施的 AGB, 方法是将其提供的任何符合资格的服务之总费用 (定义见下文) 乘以 AGB 百分比, 该百分比基于 Medicare 服务费 (Fee for Services, FFS) 允许的过往索赔进行计算。Verity Health 的 AGB 百分比以及 AGB 百分比的计算方式详见附件 B1 中的 AGB 计算方法。

慈善照料系指向收入等于或低于联邦贫困水平 200% 的经济合格患者免费提供具备医疗必要性的服务。

医疗费用优惠系指医院应对那些收入在联邦贫困水平 201% 至 350% 之间 (其中含 201% 与 350%) 的经济合格患者在享受具备医疗必要性的服务所需的预期医疗费用提供优惠政策。

基本生活费用系指下述任何一种费用: 租金或房款及房屋维修费用; 食品费用和家居用品费用; 公用事业费用和电话费; 服装费; 医疗和牙科费用; 保险费; 学费或托儿费用; 子女或配偶抚养费; 交通费和汽车费用, 其中包括保险费、油费和维修费; 分期付款; 洗衣费和清洁费, 以及其他特殊费用。

联邦贫困水平 (Federal Poverty Level, FPL) 系根据美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) 每年在《联邦公报》(*Federal Register*) 上更新的贫困指南内容进行定义的。Verity FPL 的最新指南详见附件 B2。Verity 营收循环管理部 (Verity Revenue Cycle Management Department, “RCM”) 将根据《联邦公报》每年更新的贫困指南更新 **FPL 指南**。

经济合格患者系指以下两类患者:

1. 自费患者或
承担较高医疗费用的患者, 以及
2. 家庭收入不超过联邦贫困水平 350% 的患者。

总费用系指就提供的所有服务对患者账户收取的总费用。

医院大写表明其是附件 A 中列出的 Verity 附属医院之一。

收入包括但不限于工资、薪水、社会保障金、公共援助、失业补助和工伤赔偿金、退伍军人福利、子女抚养费、赡养费、养老金、定期保险和年金付款、遗产和信托收入、从银行提取的资产、出售物业或流动资产所得收入以及一次性保险或赔偿付款。

具备医疗必要性的服务系指由医院向患者提供或收取费用的服务或治疗, 即治疗或诊断患者疾病所需的急救服务或者必要服务。如果不提供此类服务, 可能会对患者的病情、疾病或伤情造成不利影响, 而选择性和整容手术或治疗服务并不在此范围内。

承担较高医疗费用的患者系是指家庭收入不超过联邦贫困水平 350% 的患者。“较高医疗费用”系指下述任何一种情况：

1. 在过去 12 个月内，患者的年度自付医疗费用超过其家庭收入的 10%。如果患者提供由其本人或其家属在过去 12 个月内支付的该患者的医疗费用文件，表明其年度自付医疗费用超过其家庭收入的 10%。

患者家属系指：

1. 对于 18 岁以上（含 18 岁）的人员：
 - a. 配偶；
 - b. California Family Code（《加州家庭法典》）第 297 条定义的伴侣；以及
 - c. 21 岁以下的受抚养子女，无论其是否在家居住。
2. 对于 18 岁以下的人员：
 - a. 父母；
 - b. 亲属监护人；以及
 - c. 该父母或亲属监护人的其他 21 岁以下的受抚养子女。

自费患者系指不享受任何医疗保险公司、医疗服务计划、Medicare 或 Medi-Cal 等第三方保险的患者，其伤病在经医生确诊之后由医院证明为不属于工伤赔偿、汽车保险或其他保险范围的非赔偿性伤病。

合理支付计划是指患者每月支付的医疗费用不超过其家庭收入的 10%，其中不包括用于维持基本生活费用的减免部分。

IV. 资格

A. 资格服务

1. 慈善照料和医疗费用优惠计划适用于医院提供或收费的各种医疗服务，其中包括但不限于符合本条规定的具备医疗必要性的服务。医院不提供或不收费的服务项目不在本政策适用范围之内。
2. 除非 Verity 附属医院的医护人员另行指定某种服务或手术，否则不具备医疗必要性的服务项目亦不在本政策适用范围之内。
3. 法律规定，急救医师在为患者提供急救医疗服务时，应向那些收入等于或低于联邦贫困水平 350% 的自费患者以及承担较高医疗费用的患者提供医疗费用优惠。患者必须联系急救医师隶属的开票处，以获取关于急救服务的财务援助计划的更多信息。

B. 一般资格

1. 我们将根据对患者本人以及/或者患者家属的需求、财务资源以及包括医疗费用在内的全部财务负担等情况的评估，确定该患者是否有资格享受本政策下的慈善照料或医疗费用优惠。
2. 无论患者的种族、宗教、肤色、信仰、年龄、性别、性取向、国籍或移民身份如何，我们均将向经济合格患者提供慈善照料以及医疗费用优惠。
3. 为确定患者是否具有享受慈善照料或医疗费用优惠资格而审查的货币资产包括银行账户和公开交易股票等可随时兑换成现金的资产，但不包括不动产等非流动资产。货币资产也不应包括根据 Internal Revenue Code（《美国国内税收法典》）规定的退休或延期补偿计划。另外，在评估患者资格时，患者货币资产的前 \$10,000 或者扣除前 \$10,000 的患者剩余货币资产的 50% 均不在计算范围之内。不过，医院可能要求患者或患者家属向医院授权，批准其从患者持有货币资产的金融机构、商务机构或其他实体获得验证信息的豁免权。
4. 在患者有可能获得慈善照料计划或医疗费用优惠计划资格之前，该患者必须先利用所有现有资源，其中包括但不限于私人医疗保险（包括通过加州健保福利交易所 (California Health Benefit Exchange) 提供的保险）、Medicare、Medi-Cal、健康家庭计划 (Healthy Families Program)、加州儿童服务计划 (California Children's Services Program) 或为患者提供医疗保险的国家或地区资助的其他医疗计划。
5. 目前符合加州之外其他州的 Medicaid 资格的患者将享受本政策下的 100% 医疗费用优惠。
6. 在确定患者是否有资格享受慈善照料计划和医疗费用优惠计划时，需要患者及其家属的全面配合，他们必须及时填写并提交所需文件和信息。如果请求根据本政策进行资格确定的患者未能向医院提供用于确定患者是否具备相应资格的合理信息以及必要信息，医院可能不会考虑授予其资格。

C. 特殊资格。患者可按下述第 C.1 或 C.2 条内容申请财务援助。

1. 医疗费用优惠计划。自费患者与承担较高医疗费用的患者有资格申请医疗费用优惠计划。
 - a) **自费患者：**对于家庭收入介于联邦贫困水平的 201% 至 350% 之间（其中包括 201% 与 350%）的自费患者，当其来医院就医时，每家医院应将医院提供的服务预期费用限制在 AGB 中的较低金额 (A)，该医疗费用使用《美国国内税收法典》第 501(r) 条适用法规中定义的“回溯法”进行计算，或者限制在医院秉持诚信善意原则而期望从 Medicare、Medi-Cal、健康家庭计划或医院参与的其他政府资助健康福利计划中获得的最高金额 (B)。请参阅附件 B1 以了解一般收费金额，并参阅附件 B2 以了解财务援助浮动计算法。
 - b) **承担较高医疗费用的患者：**对于承担较高医疗费用且其证明收入介于联邦贫困水平的 201% 至 350% 之间（其中包含 201% 与 350%）的患者，当其来医院就医时，每家医院应向其收取较低的医疗费用，以便 (i) 在患者使用保险支付其部分医疗费用之后所剩的未付款项较少或者 (ii) 根据上述第 C.1.a 条计算的费率较低。
 - (1) 在确定适用费率之后，医院将使用附件 B2 中所列的浮动计算法。
 - (2) 寻求医疗费用优惠计划帮助的患者必须尽力向医院提供收入证明文件（仅限于近期工资单或个人所得税申报表）以及健康福利保险信息。承担较高医疗费用的患者还必须提供在过去的 12 个月内由患者本人或其家属支付的医疗费用证明文件。
 - (3) 在确定患者个人符合医疗费用优惠计划资格后，对患者个人收取的费用不会超过向拥有紧急医疗服务和其他必要医疗服务保险的患者收取的一般收费金额。
2. 慈善照料计划。如果患者的收入等于或低于联邦贫困水平的 200%，医院将为无力支付医疗费用的经济合格患者提供慈善照料服务（~~即~~免费医疗服务）。寻求慈善照料服务的患者必须尽力向医院提供其货币资产（如上述第 B.2 条的内容）证明文件。

V. 申请程序

A. 通知要求

1. 发布通知。每个医院按照附件 C 规定将在患者人流较高的地点（其中包括住院和挂号区、急诊部、门诊区和患者财务服务办公室）张贴并公布本政策下的现有慈善照料和医疗费用优惠计划信息。
2. 书面通知。每家医院将向患者提供包含现有慈善照料和医疗费用优惠计划，以及医院员工或办公室联系人（通过该联系人可获取关于该政策的其他有关信息）等信息的书面通知。我们也将向那些接受急诊以及/或者门诊治疗，并可能为此支付医疗费用的非住院患者提供该书面通知。根据联邦和州的适用法律规定，在每家医院的主要服务区分别提供本通知的英文和其他语言版本。每家医院应保留患者在收到此类通知时的书面收条。
 - a) 本政策、申请表和本政策的简明内容摘要应按照《美国国内收税法典》第 501 (r) 条规定的要求，在网站上广泛发布，并通知各家医院所服务的社区成员。
3. 账单。在给合格患者以及尚未提供任何保险证明的患者开具账单时，在医院账单上应附有医院现在提供的政府资助计划、慈善照料计划以及医疗费用优惠计划等内容。每家医院在患者账单中应提供下列信息：
 - a) 医院提供的医疗服务收费表；
 - b) 要求患者告知医院该患者是否拥有医疗保险，其中包括 Medicare、健康家庭计划、Medi-Cal 或其他保险；
 - c) 声明书，其中写有患者如何申请政府资助保险以及医院将为其提供申请表等内容；
 - d) 医院代表的姓名和联系电话，患者可从医院代表或其工作的办公室处获取关于医院财务援助政策相关信息、这些政策下的财务援助申请流程、内含链接至本政策副本的直接网址、本政策的简明文本介绍以及用于申请本政策下财务援助的申请表。

B. 鉴定经济合格患者。

1. 每家医院的财务顾问或健康福利资源中心 (Health Benefits Resource Center, HBRC) 工作人员将努力从患者或其代表处获取该患者的公共医疗保险或赞助是否可全部或部分支付其医疗费用等信息。
2. 每家医院的财务顾问和 HBRC 工作人员都将帮助患者了解并申请慈善照料或医疗费用优惠等政府赞助的医疗计划。

3. 每家医院在挂号区与 PFS 部门办公室向未投保患者提供关于申请 Medi-Cal、Healthy Families Program、California Health Benefit Exchange 以及州或郡资助的其他各种医疗保险的相关信息。如果患者并未指定任何第三方支付保险项目或者也未申请任何医疗费用优惠计划，那么每家医院将向该患者提供适合的政府计划申请信息。（如患者已住院）患者应在出院之前或者接受急诊或门诊治疗之前提出此类申请。
4. 如果患者在申请本政策下的慈善照料计划或医疗费用优惠计划的同时，还申请了其他医疗保险计划或者他/她的某个申请正在等待审批处理，那么他/她申请的各种计划之间互不排斥。

C. 申请流程。

1. 附件 D 中附有财务援助申请表，可帮助患者评估其申请本政策下的慈善照料计划或医疗费用优惠计划的资格。患者的医师、家属、所属社区或宗教团体、社会服务人员或医院工作人员均有可能向患者提及慈善照料计划或医疗费用优惠计划。
2. 为获得慈善照料计划或者医疗费用优惠计划的资格，我方要求患者、患者担保人或者患者法定代理人提供准确的相关信息，并尽力提供所需的一切证明文件。如果请求根据本政策进行资格确定的患者未能向医院提供用于确定患者是否具备相应资格的合理信息以及必要信息，医院可能不会考虑授予其资格。
3. 我方不会因信息不充分而拒绝不完整的财务援助申请。反之，我方会向患者发送信函，告知患者需补充其他信息以及/或者缺失信息，以完成申请。另外，我方会在信函中标明截止日期，如果我方在截止日期前未收到所需信息，我方将拒绝其申请。此类截止日期需为一个合理的时间段，在患者收到上述通知之后的该时间段内需向我方提供相关参考信息。
4. 如果患者未能完成申请或者申请中所含的信息不充分，且患者不符合上述要求，在把患者账户发送到预收状态之前，医院将使用风险评分软件算法来决定推定资格。该软件已通过外部审计部门验证，是广受业界认可的一款产品。
5. 就医期间，医院 HBRC 工作人员可能会为财务援助申请者提供 Medi-Cal 推定资格信息。
6. 只有当患者住院时，该患者的慈善照料计划或医疗费用优惠计划资格才生效。我方要求合格患者需提供在住院之后其财务状况无任何变化的证明，或者如适用，提供反映财务状况变化的最新信息。
7. 用于核实财务援助申请中的患者财务来源以及家庭收入等信息的文件包括但不限于下述内容：
 - a) 近期工资单、个人所得税申报表、社会保险、残疾或失业救济支票或核准函的复印件；
 - b) 任何 Medi-Cal 决定/否决通知的复印件；

- c) 如果患者年龄满 18 岁以上，包括患者、患者的配偶或同居伴侣以及任何 21 岁以下的在家或不在家居住的受抚养子女在内的家庭收入；如果患者年龄未满 18 岁，则包括患者、患者父母、监护人或亲属监护人以及其他未满 21 岁的在家或不在家居住子女在内的家庭收入。
8. 在收到申请（其中包括信息不完整的申请）之后暂停收集证据活动，在审核申请人资格过程中，亦保持其暂停状态。
9. 根据 VHS Policy/Procedure 11.0（VHS 政策/程序 11.0）以及 1996 年 Health Insurance Portability and Accountability Act（《健康保险隐私及责任法案》）要求，医院将对所有申请资料以及证明文件予以保密。
10. 只要提供患者资格的相关信息，医院可以随时审核并决定患者是否具备慈善照料计划或者医疗费用优惠计划资格。负责营收循环的副总裁必须从第一份患者账单开始计费起的 240 天之内审批收到的申请。

D. 慈善照料计划或医疗费用优惠计划决定通知。

1. 医院的 HBRC 部将在收到患者完整的财务援助申请资料以及所需证明文件之后的三十天 (30) 之内，通知该患者或者其代理人医院资格审核结果。
2. 关于慈善照料或医疗费用优惠资格的决定通知将以邮寄方式寄送至患者或其代理人处。该通知将确定患者的应付金额以及优惠金额，并将其应用于患者账户（如有账户）。
3. 患者或其代理人在收到医院资格确定通知的三十天 (30) 内可使用提供补充资料（如提供收入证明或解释例外情况）等方法向 HBRC 主管针对资格确定事宜提起上诉。医院 HBRC 主管将负责审查并决定所有上诉事宜，并通知患者或其代理人对上诉的处理结果。

E. 延期付款计划。

1. 符合医疗费用优惠政策的患者应配合医院工作，以便制定延期付款计划，每月付款额不得超过患者家庭月收入的 10%，其中不包括用于维持基本生活的减免部分。如果医院和患者无法对延长付款计划达成一致，医院应为患者制定合理付款计划。此类付款计划应无利息且可协商，计划依据下面的图表。

账户余额	月数
少于 \$250	4 个月
\$250.01-\$500	6 个月
\$500.01-\$1,000	10 个月
\$1,000.01-\$2,500	12 个月
\$2,500.01-\$5,000	24 个月
多于 \$5,000.01	36 个月

2. 有资格享受医疗费用优惠的患者必须严格遵守付款计划。患者有责任随时通知 PFS 部他/她有可能无法履行之前双方商定的付款计划。
3. 如果患者在 90 天内未能连续付款，医院可宣布延期付款计划（其中包括合理付款计划）失效。在宣布延期付款计划失效之前，医院、讨债公司或受让人应努力尝试通过电话联系该患者，书面通知该患者其延期付款计划可能会失效，并通知他/她可重新商讨付款计划条款内容。
4. 对事先商定的付款计划的任何变更或偏离部分必须经负责营收循环的 VHS 副总裁批准之后方可生效。

VI. 对经济合格患者的收账方法

- A. 每家医院都会保留一份书面账单以及收账政策，在收账政策上写明在何人授权下于何时可提前收取患者欠款，以及是否可由医院、医院附属机构或者子公司或者外部讨债公司负责收取欠款。每家医院都会免费向公众提供此类账单以及收账政策的副本，您可致电医院客服部即可获取或访问 www.Verity.org 来查看您所在 Verity 医院的网站信息。每家医院的政策必须与 Verity Health System 账单以及收账政策（政策/程序 06.03.01）一致。对经济合格患者的收账方法均应符合政策/程序 06.03.01 的规定。

VII. 参考资料

- A. 《加州健康与安全法规》第 127400-127446 部分（医院公平定价政策）以及第 127450-127462 部分（急诊医师公平定价政策）
- B. 《加州家庭法典》第 297 节（定义：同居伴侣）
- C. 如需美国卫生和公众服务部贫困指南，请访问 <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
- D. 《美国国内税收法典》第 501(c)(3) 条（免税组织）

VIII. 执行与审核

- A. VHS 总裁兼首席执行官、医院总裁和首席执行官以及负责营收循环的 VHS 副

总裁负责执行本政策。

- B. VHS 总裁兼首席执行官、医院总裁和首席执行官以及负责营收循环的 VHS 副总裁将负责每年审核本政策，以确保本政策的合规性和相关性。

IX. 附件

- A. Verity 附属医院
- B1. 一般收费金额
- B2. 财务援助浮动计算法
- C. 患者通知
- D. 财务援助申请
- E. Verity 附属医院部门列表



附件 A1
VERITY 附属医院

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY
LYNWOOD, CA 90262

SETON MEDICAL CENTER
1900 SULLIVAN AVENUE
DALY CITY, CA 94015



附件 A2

慈善照料和医疗费用优惠计划

请将所有财务援助申请表邮寄至下述地址：

- Verity Health System
Attn: Health Benefit Resource Center (HBRC)
1900 Sullivan Avenue
Daly City, CA 94015

关于财务援助政策方面的任何疑问，请致电：

- (888) 874-2585

附件 B1
一般收费金额计算

Verity Health System 为符合财务援助政策 (Financial Assistance Policy, FAP) 中所述资格标准的患者提供财务援助和慈善照料。根据政策的财务援助调整对患者账户进行减免后，患者/担保人应负责清偿剩余的未偿债务，这些债务不应超过向拥有紧急医疗服务和其他必要医疗服务保险的患者收取的一般收费金额 (AGB)。Verity Health System 利用“回溯”法来确定 AGB。AGB 百分比系根据上个财政年度（7月 - 次年6月）的 Medicare 服务费 (FFS) 允许的索赔金额计算。用允许赔偿金额的总和除以相关的总费用，得出索赔金额。AGB 百分比适用日期截至每年的7月1日。

一般收费金额 – 只收 Medicare FFS		
生效日期：2019 年 6 月 30 日		
一般收费金额		
医院	住院	门诊
Seton	14.00%	10.00%
Coastside	不适用	10.00%
St. Francis	21.00%	8.00%
Source: Reimbursement Department		

附件 B2

财务援助浮动计算法
总费用的优惠比例

联邦贫困水平与相关优惠比例												
家属或家庭成员人数	联邦贫困水平 (FPL)*	联邦贫困水平的 200% = 1 优惠	联邦贫困水平的 215% = 0.9 优惠	联邦贫困水平的 230% = 0.8 优惠	联邦贫困水平的 245% = 0.7 优惠	联邦贫困水平的 260% = 0.6 优惠	联邦贫困水平的 275% = 0.5 优惠	联邦贫困水平的 290% = 0.4 优惠	联邦贫困水平的 305% = 0.3 优惠	联邦贫困水平的 320% = 0.2 优惠	联邦贫困水平的 335% = 0.1 优惠	联邦贫困水平的 351% = 0 优惠
1	\$12,760	\$25,520	\$27,434	\$29,348	\$31,262	\$33,176	\$35,090	\$37,004	\$38,918	\$40,832	\$42,746	\$44,788
2	\$17,240	\$34,480	\$37,066	\$39,652	\$42,238	\$44,824	\$47,410	\$49,996	\$52,582	\$55,168	\$57,754	\$60,512
3	\$21,720	\$43,440	\$46,698	\$49,956	\$53,214	\$56,472	\$59,730	\$62,988	\$66,246	\$69,504	\$72,762	\$76,237
4	\$26,200	\$52,400	\$56,330	\$60,260	\$64,190	\$68,120	\$72,050	\$75,980	\$79,910	\$83,840	\$87,770	\$91,962
5	\$30,680	\$61,360	\$65,962	\$70,564	\$75,166	\$79,768	\$84,370	\$88,972	\$93,574	\$98,176	\$102,778	\$107,687
6	\$35,160	\$70,320	\$75,594	\$80,868	\$86,142	\$91,416	\$96,690	\$101,964	\$107,238	\$112,512	\$117,786	\$123,412
7	\$39,640	\$79,280	\$85,226	\$91,172	\$97,118	\$103,064	\$109,010	\$114,956	\$120,902	\$126,848	\$132,794	\$139,136
8	\$44,120	\$88,240	\$94,858	\$101,476	\$108,094	\$114,712	\$121,330	\$127,948	\$134,566	\$141,184	\$147,802	\$154,861
每增加一人， 则增加：	\$4,480	\$8,960	\$9,632	\$10,304	\$10,976	\$11,648	\$12,320	\$12,992	\$13,664	\$14,336	\$15,008	\$15,725

**根据美国卫生和公众服务部 (HHS) 贫困指南制定这些数据，适用于美国本土 48 个州以及哥伦比亚特区，如需了解，请访问 <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>。

附件 C

患者通知

慈善照料计划与医疗费用优惠计划

为履行我们的使命，Verity Health System 附属医院为无法支付医疗费用及符合此类计划资格的患者提供减免医疗费用服务。

请向患者服务部的财务顾问咨询您的个人需求。在填写完财务援助申请资料之后，请将该资料与所需全部文件一起提交给我们。您有可能符合 Verity Health System 财务援助政策规定的财务优惠条件。

如有任何疑问，请致电 **888-874-2585** 与我们的财务援助团队联系。

附件 D
财务援助申请

用于核实财务援助申请中的患者财务来源以及家庭收入等信息的文件包括但不限于下述内容：

- 近期工资单、社会保险、残疾或失业救济支票和核准函的复印件；
- 任何 Medi-Cal 决定/否决通知的复印件；
- 如果患者年龄满 18 岁以上，包括患者、患者的配偶或同居伴侣以及任何 21 岁以下的在家或不在家居住的受抚养子女在内的家庭收入；如果患者年龄未满 18 岁，则包括患者、患者父母、监护人或亲属监护人以及其他未满 21 岁的在家或不在家居住子女在内的家庭收入。

请将填写完毕的申请资料及所需的全部表格寄至下述地址或送至您当地的 Verity Health HBRC 办公室。

Verity Health System
Attention: HBRC
1900 Sullivan Avenue
Daly City, CA 94015

请注意，这并不是对您会获得财务援助的保证，所以在相关部门做出决定之前，请您继续定期付款。我们将审核您的申请资料以及您提供的信息。最终决定将以书面形式发送给您。

感谢您的合作。我们衷心期望能在此过程中为您提供协助。如果您对申请有任何疑问，请致电 888-874-2585 与我们健康福利资源中心 (HBRC) 的财务援助团队联系。



慈善照料与财务援助申请

姓氏（患者）	名字	中间名	社会安全号码	出生日期
--------	----	-----	--------	------

居住地址（如无家可归，请填机构地址）	时长	电话号码
--------------------	----	------

城市	州	邮编	婚姻状况
----	---	----	------

姓氏（如果与上述不同，请填担保人姓氏）	社会安全号码	出生日期
---------------------	--------	------

担保人雇主（名称和完整地址）

电话号码	每月工资总额
------	--------

其他雇主（名称和完整地址）

电话号码	每月工资总额
------	--------

如果现已失业，请填写上一个雇主的名称和完整地址

最后就业日期

受抚养家庭成员 (如需更多空间, 请在后面另附纸张)	出生日期	关系	雇主	年收入
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



<input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 自有住房			其他月收入 \$ 注明来源		
欠款	债权人	目前余额	每月付款	开户行和账号 资产	账户余额
租金/房贷				活期	
公用事业				储蓄或定期存款	
食品				403(B) 或 401(K)	
汽车贷款				股票和债券	
信用卡（请在下方列出）				IRA（个人退休账户）	
其他债务 （儿童抚养费、赡养费以及保险金等）				汽车（年份与制造商）	
其他信息				汽车（年份与制造商）	
欠其他医疗服务提供者的欠款				其他资产 （附加资产不包括在内）	
处方药费用				住宅市场价值	
				保险现金价值	
				其他资产（请说明，例如第二处房产）	
				受托人姓名和账户	
总债务				总资产	

本人特此证明在本申请中作出的所有声明均具有真实性和完整性。本人特此兹授权您查看本人的信用记录，以评估本申请是否符合财务援助要求。

签名	日期
----	----

附件 E

以下 VERITY 附属医院的所有部门均受 VERITY 财务援助政策的约束：

Seton Coastside

Seton Medical Center

St. Francis Medical Center

通知：

只有上述医院提供的服务才包含在本政策中。本政策不适用于所提供服务未包含在医院账单内的医生或其他医疗服务提供者（包括急诊室医师、麻醉师、放射科医生、住院医生、病理学医生、外科医生、其他医师和医院医护人员），除非是医院账单中包含医师服务的有限情况。每家医院都会在其网站上保留其部门/服务项目列表，其中医师服务包含在医院的账单中，因此这些服务也涵盖在本政策之中。患者应联系医师的开票处，以获取医师可能提供的任何有关经济援助的信息。