

请完整填写所有信息。如果问题不适用，请填写“NA”。如需要，请另附补充页。*

筛查信息

您需要翻译吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请列出所需语种：
患者申请了 Medicaid 吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者是否享受州公共服务，例如：贫困家庭临时救助 (TANF)、基本食物计划 (Basic Food) 或者妇幼营养援助计划 (WIC)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者目前是否无家可归？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
患者医疗护理需求是否与车祸或工伤有关？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请注意

- 您申请后，我们不能保证您将符合获得财政资助的资格。
- 您一旦提交了申请表，我们会核实所有的信息，同时也会索取其他信息或者收入证明。
- 我们会在收到您填写好的申请表和文件后 14 个日历天内通知您是否符合资助资格。

患者和申请人信息

名字	中间名	姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (请具体指出 _____)	出生日期	账户号码
帐单支付责任人	与患者的关系	出生日期
邮寄地址		社会安全号码
城市	州	邮政编码
主要联系电话 () _____ () _____		电子邮箱：
帐单支付责任人的就业状况		
<input type="checkbox"/> 在职 (受雇日期： _____) <input type="checkbox"/> 无业 (无业时长： _____) <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)		

家庭信息

请列出包括您自己在内的家庭成员。“家庭”指的是因出生、婚姻或 adoptio 领养关系而住在一起的人。

家庭规模

如需要可另附纸张

姓名	出生日期	与患者的关系	如年满18岁：工作单位雇主姓名或收入来源	如年满18岁：月总收入 (税前)：	也在申请财政资助？
					是 / 不是
					是 / 不是
					是 / 不是
					是 / 不是

请选择您看诊所在的机构位置：

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Hospitals | <input type="checkbox"/> MultiCare Inland Northwest Hospitals | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics |
| <input type="checkbox"/> MultiCare Puget Sound Clinics | <input type="checkbox"/> MultiCare Rockwood Clinics | <input type="checkbox"/> ABC Clinics |
| | | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

*自 2018 年 3 月 1 日起，MultiCare Immediate Clinics、MultiCare Indigo Urgent Care 和 MultiCare Urgent Care Clinic 看诊不再得到 MultiCare 财政援助计划承保。

财政资助申请表 – 机密

(接上页)

收入情况

请记住：您申请时必须同时提供收入证明。

您必须提供家庭收入信息。 收入来源包括，例如：

- 工资 - 失业 - 自雇 - 工伤赔偿 - 残疾 - 社会安全生活补助金 (SSI) - 子女/配偶赡养
- 工作学习计划 (学生) - 养老金 - 退休账户收入 - 其他 (请说明)

确定财政资助需要提供收入证明。

所有年满18岁的家庭成员均需披露收入状况。 如无法提供证明文件，您可以提交书面签字声明，说明收入情况。每一项收入来源均请提供证明文件。

收入证明示例包括：

- “W-2” 预扣税表；或者
- 目前工资单 (3个月)；或者
- 去年的所得税申报表，包括明细表 (如适用)；或者
- 由雇主或者其他人出具的书面签字声明；或者
- 失业赔偿金的资格批准/拒绝文件。

如您无法提供收入证明或者无收入，请另附纸张进行解释说明。

其他信息

如需要告知我们关于您目前财务状况的其他信息，例如财务困难、季节性或者临时性收入、或者个人财务损失，请另附纸张说明。

患者协议

本人理解 MultiCare Health System 可以通过审查信用信息并从其他渠道获取资料来进行信息验证，以帮助确定是否有资格获得财政资助或支付计划。

本人确认，据本人所知，上述信息真实、准确。本人明白，如本人所提供之信息为虚假信息，则将导致财政资助申请被拒绝，而且本人将负责并将支付所产生的服务费用。

申请人签名

日期