

請完整填寫所有信息。如不適用，請寫“NA”。如有需要，可附加另頁詳列。\*

**篩選信息**

|  |
|--|
| 您是否需要翻譯？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請列出所需語種：                              |
| 患者申請了 Medicaid 嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                  |
| 患者是否有享受州公共服務，如貧困家庭臨時救助（TANF）、基本食物計劃或婦幼營養援助計劃（WIC）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 患者目前是否無家可歸？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |
| 患者的醫療護理需求是否與車禍或工傷有關？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                               |

**請注意**

- 您申請後，我們不能保證您將符合獲得財政資助的資格。
- 您一旦提交了申請表，我們會核實所有的資訊，同時也會索取其他資訊或者收入證明。
- 我們會在收到您填寫好的申請表和文件後 14 個日曆天內通知您是否符合資助資格。

**患者與申請人資訊**

|   |        |   |
|---|--------|---|
| 名字  | 中間名    | 姓氏  |
| <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 其他（可說明：_____）   | 出生日期   | 帳戶號碼                                      |
| 賬單支付責任人   | 與患者的關係 | 出生日期                                      |
| 郵寄地址  |        | 社會安全號碼                                    |
| 城市 _____ 州 _____ 郵政編號 _____   |        | 主要聯絡電話<br>( ) _____<br>( ) _____<br>電郵地址： |
| 賬單支付責任人的就業狀況<br><input type="checkbox"/> 受雇（受雇日期：_____） <input type="checkbox"/> 無業（無業時長：_____）<br><input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他（_____） |        |   |

**家庭信息**

請列出包括您自己在內的家庭成員。「家庭」包括因出生、婚姻、adoption領養關係而住在一起的人。

**家庭規模**

如需要可另附紙張

| 姓名 | 出生日期 | 與患者的關係 | 如年滿18歲：僱主姓名或收入來源 | 如年滿18歲：月總收入（稅前）： | 也在申請財政資助？ |
|----|------|--------|------------------|------------------|-----------|
|    |      |        |                  |                  | 是 / 否     |
|    |      |        |                  |                  | 是 / 否     |
|    |      |        |                  |                  | 是 / 否     |
|    |      |        |                  |                  | 是 / 否     |

請選擇您看診所在的機構位置：

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 看診不再得到 MultiCare 財政援助計劃承保。

# 财政资助申请表 - 機密

(接上頁)

## 收入资讯

**請記住：您申請時必須同時提供收入證明。**

**您必須提供家庭收入資訊。收入來源包括，例如：**

- 工資 - 失業 - 自雇 - 工傷賠償 - 殘疾 - 社會安全生活補助金 (SSI) - 子女/配偶贍養
- 工作學習計畫 (學生) - 養老金 - 退休帳戶收入 - 其他 (請說明)

**確定財政資助需要提供收入證明。**

**所有年滿18歲的家庭成員均需披露收入狀況。如無法提供證明文件，您可以提交書面簽字聲明，說明收入情況。每一項收入來源均請提供證明文件。**

**收入證明示例包括：**

- 「W-2」預扣稅表；或
- 目前工資單 (3個月)；或者
- 去年的所得稅申報表，加上明細表 (如適用)；或
- 由雇主或者其他人出具的書面簽字聲明；或者
- 失業賠償金的資格批准/拒絕檔。

如您無法提供收入證明或者無收入，請另附紙張進行解釋說明。

## 其他資訊

如需要告知我們關於您目前財務狀況的其他資訊，例如財務困難、季節性或者臨時性收入、或者個人財務損失，請另附紙張說明。

## 患者協議

本人理解，MultiCare Health System可以通過審查信用資訊並從其他管道獲取資料來進行資訊驗證，以說明確定是否有資格獲得財政資助或支付計畫。

本人確認，據本人所知，以上資訊真實、準確。本人明白，如本人所提供之資訊為虛假資訊，則將導致財政資助申請被拒絕，而且本人將負責並支付所產生的服務費用。

申請人簽名

日期