

財務援助申請

財務援助計畫

作為我們使命的一部分，**Metro Health** 致力為我們的社區提供優質的醫療保健服務，並以尊嚴、同情和尊重對待我們的所有患者。

我們的財務援助計畫為無法支付部分或全部護理費用的合格患者免費或以大幅折扣價格提供服務。我們的財務援助計畫為符合財務資格準則的患者提供高達醫院/醫生費用 **100%** 的折扣。

申請財務援助時，我們需要您配合提供所需的資訊和證明文件，以便我們做出公正和及時的決定。如果未提供完整和準確的資訊，您的申請可能被拒絕或否決，而不作進一步審查，在這種情況下，您將被要求全額支付帳單。

鑒於這些要求的敏感性，與患者或家庭成員的所有通訊都將嚴格保密並以富有同情心的方式進行。

感謝您選擇 **Metro Health** 來滿足為您的醫療保健需求。我們以服務社區的醫療保健需求為榮！

本申請表的副本提供英語、西班牙語、阿拉伯語、波斯尼亞語、緬甸語、中文普通話、尼泊爾語、盧旺達語、韓語、索馬里語、斯瓦希里語和越南語版本。



本財務援助申請提供給您填寫，以便我們可以確定您是否有資格參加我們的財務援助計畫。

填寫此表格並不保證符合資格

如果您未填寫本申請資料包，或者您未提供要求的證明文件而將其交回，我們將無法確定您是否有資格參加我們的財務援助計畫。在這種情況下，您將負責您帳戶上的全部到期餘額。

如果您在填寫本表格或收集佐證資料方面需要幫助，請致電 **616-252-7110** 或 **1-800-968-0051** 聯絡 Metro Health 客戶服務代表。

為了確定您是否有資格參加我們的財務援助計畫，請將下述證明文件與此填妥的資料包一起交回：

- ✓ 帶照片的身份證明的副本（州駕駛執照/州身份證明）。
- ✓ 去年的 1040 聯邦所得稅申報表，以及所有 W-2 和/或 1099 表格。
- ✓ 含年初至今總額的最近兩週工資單，或不含年初至今總額的最近兩個月工資單（如果以現金支付而無工資單，則提供僱主的書面核實）。
- ✓ 所有其他來源的收入證明，如失業補償金、殘疾收入、租金收入、養老金、年金、利息支付等。
- ✓ 如果您目前正在領取社會安全福利，請提供您的「福利金額」信函副本。
- ✓ 過去兩個月支票、儲蓄、定期存單等的銀行對帳單副本。
- ✓ 來自您住所的當前公用事業帳單、電話帳單或有線電視帳單的副本。
- ✓ 如果您是學生，當前學期的學分/課程清單和學生證副本。
- ✓ 如果您在下一頁報告收入為 0 美元，向您或您的家人提供支援的任何人員提供的填妥支援聲明（在表格末尾）。

🔑 注：患者帶照片的身份證明上顯示的姓名必須與工資單和稅務表格上顯示的姓名相同。

請儘快交回此填妥的申請及要求的證明文件。在提供所有必要的證明文件之前，不會審查申請。

請致電上述號碼聯絡 Metro Health 客戶服務代表，以安排現場或電話面談。

患者保護與平價醫療法案 (Patient Protection and Affordable Care Act) 要求所有個人擁有健康保險承保，自 2014 年 1 月 1 日起生效。我們的 Metro 代表將向您提供有關可以如何透過聯邦保險交易所「www.marketplace.gov」申請健康保險的資訊，並可以幫助您辦理登記手續。

財務援助申請

請正楷書寫 — 確保提供所有要求的資訊

患者姓名： _____ 患者出生日期： _____

患者社會安全號碼： _____

配偶姓名： _____ 配偶出生日期： _____

配偶社會安全號碼： _____

電話： _____ 患者帳號： _____

街道地址： _____ 公寓： _____

城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

家庭成員（法定納稅家屬） 已婚 _____ 單身 _____ 離婚 _____ 喪偶 _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

姓名： _____ 關係： _____ 社會安全號碼 _____ 年齡： _____

如果沒有收入，誰支援您？ _____

關係： _____ 電話號碼： (____) _____

適用開銷：

醫療保險費： \$

醫療帳單/開銷： \$

財務援助申請 (續)

任何家庭成員是否從就業或自僱經營中獲得任何收入？如果是自僱經營者，包括損益表或去年的納稅申報表副本。 [] 是 [] 否 如果回答「是」，填寫以下內容	扣除前的每月總收入
工作的人員	\$
工作的人員	\$

您擁有的其他收入。包括所有家庭成員的收入。每一項都必須填寫。			
收入類型	勾選是/否	每月金額	誰的收入
社會安全福利 (RSDI)	[] 是 [] 否	\$	
社會安全補充金 (SSI)	[] 是 [] 否	\$	
退休或養老金福利	[] 是 [] 否	\$	
退伍軍人福利	[] 是 [] 否	\$	
殘障福利	[] 是 [] 否	\$	
租金收入	[] 是 [] 否	\$	
工傷賠償金	[] 是 [] 否	\$	
子女撫養費或贍養費	[] 是 [] 否	\$	
失業補償金	[] 是 [] 否	\$	
軍事撥款	[] 是 [] 否	\$	
賭場利潤分享/分配	[] 是 [] 否	\$	
其他	[] 是 [] 否	\$	

您擁有的資產：包括所有家庭成員的資產。每一項都必須填寫。隨附所有證明文件。

資產類型	勾選是/否	資產價值
手頭的現金，存於保險箱或患者信託基金中	[] 是 [] 否	\$
儲蓄、支票或信用合作社帳戶	[] 是 [] 否	\$
住宅、終身地產、終身租賃	[] 是 [] 否	\$
房地產（您的住宅除外）	[] 是 [] 否	\$
按揭、土地契約或其他應付給家庭成員的票據	[] 是 [] 否	\$
儲蓄債券或貨幣市場基金	[] 是 [] 否	\$
股票或共同基金	[] 是 [] 否	\$
**IRA、KEOGH、401K、403b 或遞延補償帳戶	[] 是 [] 否	\$
**IRA/401K/403b 提前取款資訊罰款		
開始供款/參與 IRA、401K、403b、KEOGH 或遞延補償帳戶的日期	日期：	
人壽保險（終身）		\$
年金	[] 是 [] 否	\$
汽車、卡車、船隻、機車、其他車輛 （每項分別列出） 請為每項提供品牌、型號、年份和里程。	[] 是 [] 否 [] 是 [] 否 [] 是 [] 否 [] 是 [] 否	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
定存單 (C.D.) 或儲蓄證	[] 是 [] 否	\$
信託基金	[] 是 [] 否	\$
您是否已支付超過今年調整後總收入 7.5% 的醫療開銷？	[] 是 [] 否	
墓地	[] 是 [] 否	



證明

本人謹此證明，我在此申請中提供的資料及必要的證明文件，據我所知真實無誤。本人將申請我可能有資格獲得的任何聯邦、州或地方援助，以幫助支付我的醫療費用。本人理解所提供的資訊可由 Metro Health 醫院核實，並授權 Metro Health 醫院與第三方聯繫，以核實提供資訊的準確性。本人理解，如果我在本申請中故意提供不準確或不完整的資訊，我可能沒有資格獲得財務援助，任何給予我的財務援助可能會被撤銷，並且我將負責支付我的醫療費用。

申請人簽名 _____ 申請日期 _____

您填妥的申請和佐證文件可透過下述方式提交：

- 將資料親手交付給：
 - Metro Health 代表
 - Metro Health 醫院大廳或任何患者登記/簽到處的財務顧問或出納員。
- 將資料郵寄至 Metro Health 醫院，收件人：Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- 透過電子郵件將資料發送至 CustomerService@metrogr.org。



支援聲明

如果您申報的月收入為 0 美元，請讓幫助您和/或您的家人的人員填寫支援聲明。在所有其他情況下，跳過此部分。

支援聲明

(由向申請人提供支援的人員填寫)

正楷書寫全名： _____ 電話號碼 (_____) _____

地址： _____
 街道 城市 州 郵遞區號

社會安全號碼： _____ 出生日期： _____

我已由申請人確認為提供財務支援。下文是我向申請人提供的服務或支援清單。

本人特此證明並核實，據本人所知及所信，上述所有資訊均真實無誤。本人理解，我的簽名不會使我在財務上負責患者的醫療費用。

簽名： _____

******* 請隨附居住證明，如公用事業帳單副本，上有您的當前住址，日期為自醫院服務之日起 60 天內。