

Stanford Medicine Children's Health 为无保险或保险不足的患者提供多种选择。

我们的经济援助选项包括：

不需要申请

- 无保险折扣

某些服务可能被排除在外。

- 免息支付计划

余款一般需在 6 个月内付清。

需要申请

- 经济需求折扣

折扣率与我们的政府付款人相当。某些服务可能被排除在外。

- 全额经济援助

100% 覆盖患者需支付的部分。某些服务可能被排除在外。

- 延长免息支付计划

适用于有资格获得经济需求折扣的患者。

经济援助按需提供。可能包括折扣或全额经济援助。申请经济援助所需材料包括：

- 填妥的申请表
- 收入证明
- 在 Stanford Children's Health 以外产生的医疗费用的证明。

收到您填妥的申请后，我们可能会评估您是否符合州或县计划的资格。如果评估确定您不符合这些计划的资格，则我们将评估您的经济援助申请，以确定您是否有资格获得经济需求折扣或全额经济援助。符合资格的患者可以获得援助，以支付 Stanford Medicine Children's Health 提供之服务的医药费以及斯坦福大学雇用医生的相关费用。

并非所有服务都提供经济需求折扣和全额经济援助。对未来服务的考虑将基于医疗需求和灾难性成本。

在考虑经济援助时，我们优先考虑帮助那些接受紧急服务的人。其次是帮助以下两类已经在使用或在医疗上需要非紧急服务的人员：

A. 类别 1:

Stanford Medicine Children's Health 是离患者的家或工作地点最近的医院；或

B. 类别 2:

Stanford Medicine Children's Health 不是离患者的家或工作地点最近的医院，但是符合如下因素中的一项或多项：

- a. SCH 的首席资质与医疗信息官确定患者患有独特或不寻常的病症，需要在 Stanford Medicine Children's Health 接受治疗。
- b. SCH 的首席资质与医疗信息官确定患者的治疗将促进机构教学任务。

申请所需重要信息

收入证明 (POI)

请提供以下信息，或解释为何无法提供该等信息。如果文件缺失，您的申请处理可能会被延迟，从而可能导致援助申请被拒。

以下是每种收入类型所需的POI文件清单。您必须提供所需文件，才能申请Stanford Medicine Children's Health 经济援助计划。

收入类型	所需文件
工作收入	- 当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件 - 最近两份工资单复印件
自雇	当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件
社会保障金 / 退休	- 当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件 - 社会保险管理局提供的列明每月付款的授予函复印件 - 社会保险管理局提供的每月付款通知书复印件
残疾	- 当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件 - 列明每月残疾付款的残疾局授予函的复印件 - 残疾局的每月付款通知书复印件
失业	- 当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件 - 失业局提供的列明每周或每月福利金额的授予函复印件 - 失业局提供的每月付款通知书复印件
配偶/子女抚养	- 当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件 - 列明每月授予金额的信函复印件
出租资产	当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件
投资收入	当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件
抚养证明	当前纳税年度的个人纳税申报表（表格 1040）复印件

我们会尽快处理您的申请，您的申请审核完毕后，您将收到一封结果确认信函。

可以把填妥的申请连同要求的证明文件邮寄到以下地址：

Stanford Medicine Children's Health
收件人：Patient Financial Assistance 4700
Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

也可以把申请和证明文件发送传真至：
(650) 497-8610

也可发送电子邮件至：
PFA@stanfordchildrens.org

SMCH 经济援助申请病历编号_____

经济援助：(650) 736-2273 传真：(650) 497-8610 或电子邮件：PFA@stanfordchildrens.org

请打印所有信息

申请日期: _____

1. 家庭信息 | 请提供所有人的姓名以便评估经济援助资格

姓	名	中间名 首字母	病历号	出生日期 (月/日/年)
姓	名	中间名 首字母	病历号	出生日期 (月/日/年)
姓	名	中间名 首字母	病历号	出生日期 (月/日/年)

如果患者是未成年人，则请将父母/监护人列为申请人和共同申请人。

2. 申请人（监护人）信息

与患者的关系				婚姻状况	
☐ 本人 ☐ 配偶/同居伴侣 ☐ 父母 ☐ 其他: _____				☐ 单身 ☐ 已婚/同居伴侣 ☐ 离异 ☐ 分居	
姓	名			中间名 首字母	
出生日期 (月/日/年)	被抚养人数 (除本人和共同申请人外)	被抚养人年龄	住宅电话 (xxx) xxx-xxxx	手机号码 (xxx) xxx-xxxx	
街道地址（不要列出邮政信箱）		城市	州	县	邮政编码
当前雇主	街道地址，城市，州			职位	
* 如果您没有工作，那么您失业多久了？					

如果已婚或同居伴侣项选择是：请填写第 3 部分。

3. 共同申请人（监护人）信息

与患者的关系					
☐ 本人 ☐ 配偶/同居伴侣 ☐ 父母 ☐ 其他：_____					
姓		名		中间名 首字母	
出生日期 (月/日/年)		被抚养人数 (除本人和共同申请人外)		被抚养人年龄	
		住宅电话 (xxx) xxx-xxxx		手机号码 (xxx) xxx-xxxx	
街道地址（不要列出邮政信箱）		城市		州	县
当前雇主		街道地址，城市，州			职位
* 如果您没有工作，那么您失业多久了？					

4. 其他承保问题 | 所有回答均与患者相关

请勾选合适的答案

1. 患者是否在申请对于以下服务的帐单援助： 过往服务：（请注明日期：_____） 未来服务：（请注明日期：_____）	☐ 是 ☐ 否
2. 患者有健康保险吗？ 如果是，则请提供以下信息： 健康保险名称：_____ 投保人姓名：_____	☐ 是 ☐ 否
会员/患者识别号码：_____ 团体号码：_____	
团体/雇主名称：_____ 生效日期：_____	
健康保险联系电话：_____	
3. 患者是否有资格参加州医疗援助计划？ 如果是，则请提供以下信息： 计划名称：_____	☐ 是 ☐ 否
县：__ 患者识别号码：_____	

(下一页继续)

4. 其他承保问题 | 所有回答均与患者相关 (续)

请勾选合适的答案

4. 患者的伤害治疗是否由工伤赔偿支付费用? 如果是, 则请提供以下信息: 工伤赔偿承保人名称: _____ 理赔员名称: _____ 理赔员电话号码: _____ 受伤日期: _____ 索赔/案件编号: _____	☐ 是 ☐ 否
5. 患者的伤害治疗是否由第三方责任险 (例如汽车保险公司) 支付费用? 如果是, 则请提供以下信息: 汽车保险或律师名称: _____ 汽车保险或律师电话号码: _____ 受伤日期: _____ 索赔/案件编号: _____	☐ 是 ☐ 否
6. 患者是否是犯罪的受害者? 如果是, 则请提供以下信息: 受伤日期? _____ 案件工作人员姓名: _____ 案件工作人员电话号码: _____ 案件编号: _____	☐ 是 ☐ 否

5. 收入信息

每月收入来源	申请人	共同申请人	合并每月收入 (申请人 + 共同申请人)
工作收入	\$	\$	\$
社会保险	\$	\$	\$
残疾	\$	\$	\$
失业	\$	\$	\$
配偶/子女抚养	\$	\$	\$
出租资产	\$	\$	\$
投资收入	\$	\$	\$
其他 (在空格处填写)	\$	\$	\$
合并总计月收入			\$

6. 如果您没有月收入，则请解释您如何支付您的每月费用。如有必要，请使用附页

7. 签字

我保证所有信息均有效且完整，并在此授权 *Stanford Medicine Children's Health* 在必要时索取和/或验证上述任何信息。

申请人

日期

共同申请人

日期

将填妥的申请表交回：

Stanford Medicine Children's Health

收件人：Patient Financial Assistance

4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

或发送电子邮件至：

PFA@stanfordchildrens.org

或发送传真至：

传真：(650) 497-8610