

您好:

根据我们的使命和价值观,太平洋康复医院(REHAB)致力于为需要必要医疗的康复医疗服务,但根据个人经济状况无力支付费用的患者提供经济援助。我们的经济援助计划允许无保险和保险并且不足符合资格要求的患者获取经济支持,以帮助支付符合条件的必要医疗护理。

REHAB 的经济援助计划仅适用于我们经济援助政策(FAP)中所述符合资格的服务。根据我们的 FAP,由非 REHAB 提供者在 REHAB 地点提供的服务不符合资格,可能会单独向患者开具账单。

要符合资格,您必须为美国公民或拥有夏威夷永久居住权的合法外籍人士。我们将对您的家庭资产和收入进行审核,了解其是否符合授予经济援助的政策指南。如果符合,您的 REHAB 账单将获得折扣。实际折扣金额将根据您的家庭收入来确定。

要申请经济援助,请完整填写此经济援助申请表。您必须随申请表附上近期的文件,以支持您的回答。**经济援助-文件检查清单**(随附)详细说明了所要求的信息。

您与我们分享的信息将仅用于本次申请,将被视为机密信息。

请将填写完整的申请表和支持文件副本提交至 REHAB 医院一楼的患者财务服务部,或者邮寄至以下地址:

The Rehabilitation Hospital of the Pacific
ATTN: Patient Financial Services
226 North Kuakini Street
Honolulu, HI 96817

如有任何疑问,请联系 REHAB 患者财务服务部,电话:(808) 544-3340

经济援助 - 文件检查清单

提交申请时，请视情况随附以下文件的副本，以支持您的经济援助申请：

- 驾照、出生证明和/或其他带照片的身份证件或移民登记卡；
- 最近的联邦和州所得税申报表
- 能体现您家庭收入的文件，包括：
 - 工资单或 W-2 表
 - 社会保障金对账单或判定信
 - 显示公共援助资金或判定信的文件
 - 有关失业津贴的保险资格确定函
 - 有关劳工补偿的福利判定信
 - 养老金/退休福利月对账单
 - 退伍军人福利月对账单
 - 有关儿童抚养费或赡养费的福利判定信
 - 租金收入月结单
- 来自其他医院、医生、实验室等显示家庭医疗费用欠费金额的近期对账单
- 显示家庭流动资产的文件，包括：
 - 来自金融机构显示余额、利息收入和股息的月对账单
 - 显示其他家庭流动资产的文件
- 从夏威夷州提交的 Medicaid 申请和批准/拒绝函

如果这些文件都没有，请提供为何此类文件没有随填妥的申请表一同提交的书面解释。

患者信息			
患者姓名：	社会安全号：	出生日期：	患者/担保人家庭电话：
担保人姓名：	社会安全号：	出生日期：	患者/担保人手机：
患者/担保固定地址：		美国公民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		患者/担保人电子邮箱：	
家庭成员			
姓名：	关系：	出生日期：	社会安全号：
姓名：	关系：	出生日期：	社会安全号：
姓名：	关系：	出生日期：	社会安全号：
姓名：	关系：	出生日期：	社会安全号：
就业信息			
患者/担保人的雇主和地址：		职务：	
配偶的雇主和地址：		职务：	
家庭流动资产：列出所有家庭成员的流动资产总额（必须附加支持文件副本）			
银行/CU 支票账户： \$	银行/CU 储蓄账户： \$	货币市场账户： \$	手存现金： \$
投资（股票/债券）： \$	其他（请指明）： \$	其他（请指明）： \$	其他（请指明）： \$
家庭收入：列出所有家庭成员的总收入（必须附加支持文件副本）			
工资/薪金： \$	社会保障金： \$	公共援助/失业救济金： \$	劳工补偿： \$
养老金/退休金： \$	租金： \$	子女抚养费/赡养费： \$	退伍军人福利： \$
其他（请指明）： \$			
家庭医疗支出：列出所有家庭成员的总医疗支出（必须附加支持文件副本）			
提供者（医院/医生/实验室）：	欠费金额： \$	服务类型：	服务月数/年数：
提供者（医院/医生/实验室）：	欠费金额： \$	服务类型：	服务月数/年数：
提供者（医院/医生/实验室）：	欠费金额： \$	服务类型：	服务月数/年数：
附加信息			
您是否申请了 Medicaid 或其他经济援助计划？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
申请结果，请指明：		如果是，申请日期为：	
是否存在与您在 REHAB 获得的服务有关的任何待定诉讼、结算、判决？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
请说明：			

申请人声明：本人确认，据本人所知，上述信息真实、准确。本人清楚 REHAB 可能核实提供的任何和所有信息。如果任何信息被证明是虚假信息，本人清楚，本人将无法在 REHAB 获得经济援助，并且将负责支付所提供服务的费用。

本人同意与 REHAB 全面合作，申请可用的任何经济援助（包括申请 Medicaid/Quest），以支付在 REHAB 的费用。本人清楚，在使用经济援助之前，必须先使用所有其他保险和第三方付款来源。本人将为这些费用向 REHAB 转让或支付来自任何来源的可支付款项，如结算、判决或保险。

本人清楚，此援助只涵盖 REHAB 提供的符合资格的医疗必需服务。此外，本人清楚，REHAB 可能随时以任何理由撤销本人的经济援助。

正楷姓名： _____ 签名： _____ 申请日期： _____ 与患者的关系： _____