

您好!

根據我們的使命和價值觀，Rehabilitation Hospital of the Pacific (REHAB)致力於為必須接受康復醫療服務，卻因個人經濟狀況無力支付費用的患者提供經濟援助。透過我們的經濟援助計劃，符合資格要求的未投保和投保不足的患者可以獲取經濟支援，以幫助支付符合條件的醫療必需護理。

REHAB 的經濟援助計劃僅適用於我們經濟援助政策(FAP)中符合資格的服務項目。根據我們的 FAP，由非 REHAB 提供者在 REHAB 地點提供的服務不符合資格，可能會單獨向患者開具帳單。

要符合資格，您必須為美國公民或永久居住在夏威夷的合法外籍人士。我們將對您的家庭資產和收入進行審核，瞭解其是否符合授予經濟援助的政策指南。若符合，您的 REHAB 帳單將獲得折扣。實際折扣金額將根據您的家庭收入來確定。

如欲申請經濟援助，請完整填寫此經濟援助申請表。您必須隨申請表附上近期的文件，以證實您的回答。*經濟援助-文件檢查清單*（後附）詳細說明了所要求的資訊。

您與我們分享的資訊將僅用於本次申請的目的。它將被視為機密資訊。

請將填寫完整的申請表和相關證明文件副本提交至 REHAB 醫院一樓的患者財務服務部，或者郵寄至以下地址：

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

若有任何疑問，請聯絡 REHAB 患者財務服務部，電話：(808) 544-3340。

## 經濟援助 – 文件檢查清單

提交申請時，請視情況隨附以下文件之副本，以證明您的經濟援助申請：

- 駕照、出生證明和/或其他附有照片的身份證件或移民登記卡；
- 最近的聯邦和州所得稅申報表
- 能體現您家庭收入的文件，包括：
  - 工資單或 W-2 表
  - 社會保障金結算單或判定信
  - 顯示公共援助資金或判定信之文件
  - 有關失業津貼的保險資格決定函
  - 有關勞工補償的福利判定信
  - 養老金/退休福利月結單
  - 退伍軍人福利月結單
  - 有關兒童撫養費或贍養費的福利判定信
  - 租金收入月結單
- 來自其他醫院、醫生、實驗室等顯示家庭醫療費用欠費金額的近期結算單
- 顯示家庭流動資產的文件，包括：
  - 來自金融機構顯示餘額、利息收入和股息的月結單
  - 顯示其他家庭流動資產的文件
- 從夏威夷州提交的 Medicaid 申請和批准/拒絕函

如果沒有這些文件，請提供為何沒有此類文件的書面解釋，隨填妥的申請表一同提交。

<b>患者資訊</b>			
患者姓名：	社會安全號碼：	出生日期：	患者/擔保人家庭電話：
擔保人姓名：	社會安全號碼：	出生日期：	患者/擔保人手機：
患者/擔保人永久地址：		美國公民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		患者/擔保人電子信箱：	
<b>家庭中的家庭成員</b>			
姓名：	關係：	出生日期：	社會安全號碼：
姓名：	關係：	出生日期：	社會安全號碼：
姓名：	關係：	出生日期：	社會安全號碼：
姓名：	關係：	出生日期：	社會安全號碼：
<b>就業資訊</b>			
患者/擔保人的僱主和地址：		職位：	
配偶的僱主和地址：		職位：	
<b>家庭流動資產：列出所有家庭成員的流動資產總額（必須附上相關證明文件副本）</b>			
銀行/CU 支票帳戶：\$	銀行/CU 儲蓄帳戶：\$	貨幣市場帳戶：\$	手存現金：\$
投資（股票/債券）：\$	其他（請指明）：\$	其他（請指明）：\$	其他（請指明）：\$
<b>家庭收入：列出所有家庭成員的總收入（必須附上相關證明文件副本）</b>			
工資/薪金：\$	社會保障金：\$	公共援助/失業救濟金：\$	勞工補償：\$
養老金/退休金：\$	租金：\$	子女撫養費/贍養費：\$	退伍軍人福利：\$
其他（請指明）：\$			
<b>家庭醫療支出：列出所有家庭成員的總醫療支出（必須附上相關證明文件副本）</b>			
提供者（醫院/醫生/實驗室）：	欠費金額：\$	服務類型：	服務月數/年數：
提供者（醫院/醫生/實驗室）：	欠費金額：\$	服務類型：	服務月數/年數：
提供者（醫院/醫生/實驗室）：	欠費金額：\$	服務類型：	服務月數/年數：
<b>附加資訊</b>			
您是否申請了 Medicaid 或其他經濟援助計劃？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，申請日期為：_____
申請結果，請指明：_____			
是否存在與您在 REHAB 獲得的服務有關的任何待定訴訟、和解、判決？		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
請說明：_____			

**申請人聲明：**本人確認，據本人所知，上述資訊真實、準確。本人瞭解 REHAB 可能核實提供的任何和所有資訊。若任何資訊被證明是虛假資訊，本人瞭解，本人將無法在 REHAB 獲得經濟援助，並且將負責支付所提供服務的費用。

本人同意與 REHAB 全面合作，申請可用的任何經濟援助（包括申請 Medicaid/Quest），以支付在 REHAB 的費用。本人瞭解，在運用經濟援助之前，必須先運用所有其他保險和第三方付款來源。本人將為這些費用向 REHAB 轉讓或支付來自任何來源之可支付款項，如和解、判決或保險。

本人理解，此援助只涵蓋 REHAB 提供的符合資格之醫療必需服務。此外，本人瞭解，REHAB 可能隨時以任何理由撤銷本人的經濟援助。

正楷姓名：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_ 與患者的關係：\_\_\_\_\_