

親愛的患者您好：

謝謝您選擇 **Hawai'i Pacific Health** 來照顧您的醫療需求。我們的醫療補助計劃可協助患者及其家人支付在我們醫療機構所接受之服務或由 **Hawai'i Pacific Health** 醫生提供之服務而產生的醫療帳單。

接受必要醫療服務的夏威夷州居民或是接受急診照護的非居民，只要符合以下條件，即可取得醫療補助：

- 您的家庭收入落在低於目前夏威夷州聯邦貧困水平 (FPG) 的 400%。
- 如果您的家庭收入超過 400% 的門檻，但是您的醫療應付餘額超過您家庭收入和流動資產總和的 15%，您便可能被視為醫療貧困者，並符合醫療補助資格。您將需要提供所有收入與資產表格。
- 您必須將完整的醫療補助申請提交給 **Hawai'i Pacific Health**，並配合 **Hawai'i Pacific Health** 以確保取得第三方援助。

欲申請醫療補助，請完成隨附的醫療補助申請表，然後與隨附核對表上列出的必要佐證文件一起提交。

請將完成的醫療補助申請和必要的佐證文件寄至：

Hawai'i Pacific Health
Attn: Financial Assistance Team
888 S. King Street, Tube 31
Honolulu, HI 96813

如果您有任何疑問，請聯絡我們的客戶服務處，歐胡島的服務專線是 522-4013，考艾島的服務專線是 245-1119，或是撥打免付費電話 1-866-266-3935。

謹致

姓名
部門

附件

醫療補助 - 文件核對表

申請時，必須附上以下任何適用之文件的影本。請附上影本（非正本），因為不提供這些文件的影印或退回。如果缺少任何文件，申請案件可能會被延誤。

請提供醫療補助申請表上列出之所有家庭成員的資料。家庭成員是指，經由血緣、婚姻或收養並且共同生活的某個人。

- 收入核查
 - 工資（薪資）
 - 最近三個月的薪資單
 - 最近的 W2
 - 自營職業者
 - GE 稅表
 - C 副表 (Schedule C) 及/或損益表
 - 社會保障
 - 1099 表格
 - 福利授予信或銀行對帳單（用於確認美國財政部持有的存款）
 - 失業
 - 「確認保險狀態」信函
 - 如果無法取得信函，附件為我們的收入核查表 (F3)，請您與職業介紹所填寫。
 - 工傷補償
 - 最近三個月的薪資單
 - 福利授予信
 - 退休金
 - 薪資單或顯示每月福利的對帳單
 - 退伍軍人福利
 - 顯示每月福利的薪資單或對帳單
 - 租金/不動產
 - E 副表 (Schedule E)
 - 子女撫養
 - 福利授予信或顯示收入金額的法院文件
 - 醫療補助（福利）
 - 福利授予信或顯示收入金額的文件
- 您最近申報之稅表的完整影本
 - 必須包括工作收入和非工作收入 1099 表格的佐證文件
- 完成 4506-T 表格（稅表謄本索取請求）<https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- 如果獲得家庭成員或朋友的援助，您及您的援助者都必須填寫隨附的援助聲明或住所表格 (F2)。
- 顯示 Medicaid 及/或 Quest 資格核准或退回的文件
- 如果您未備妥上述任一項目，請提供一份簽署聲明，說明未提交該項目的原因。
- 已填寫完成且簽署的 Hawai'i Pacific Health 醫療補助申請表

醫療補助申請 (F1)

| | | | |
|---------------------------|------|----|--------|
| 第一部分：患者資料 (請用正楷填寫) | | | |
| 姓名 (名子、姓氏、中間名縮寫) | 出生日期 | 帳號 | 醫療服務日期 |

| | | | |
|---|----|--|--------|
| 第二部分：帳單負責人/監護人資料 (請用正楷填寫) | | | |
| 姓名 (名子、姓氏、中間名縮寫) | | 出生日期 | 社會安全號碼 |
| 地址 | 城市 | 州名 | 郵遞區號 |
| 婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | 您是否申報聯邦所得稅？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果沒有申報，為什麼呢？_____ | 備用電話 |

| 第三部分：家庭資料 (請列出與您共同居住的每位家庭成員，頁面不及備載者，請於背頁繼續填寫) | | | | |
|--|------|--------|--------|---|
| 家庭成員姓名 | 出生日期 | 社會安全號碼 | 與患者的關係 | 此人是否列在您的聯邦稅表上？ |
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

| | | |
|---------------------------------|-------|-----------|
| 第四部分：費用 (列出所有家庭成員的月開銷費用) | | |
| 租金：\$ | 抵押：\$ | 其他開銷總額：\$ |

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-----------|------|
| 第五部分：月收入總額 (請列出所有家庭成員的稅前總收入) | | | |
| 工資 (薪資) | 工傷補償 | 租金/不動產 | 其他收入 |
| 社會保障 | 退休金 | 子女撫養 | 來源： |
| 失業 | 退伍軍人福利 | 醫療補助 (福利) | 金額： |

本人明白 Hawaii Pacific Health 可能核對本醫療補助申請中所含的財務資料，以及 Hawaii Pacific Health 會評估本申請，透過我的簽署，在此准許我的雇主或任何列在此申請上的個人，證明或提供與申請中所提供之資訊相關的額外詳細資料。本人聲明就本人所知所信，在本申請表內所做的聲明均屬直、正確且出自真心。本人明白若本申請表上有任何偽造或不實敘述之內容，可導致貴醫療補助不被受理。

本人也明白有些醫生和醫療提供者可能不是 Hawaii Pacific Health 的員工。本人瞭解本人可能另外接收那些醫療提供者的帳單，本醫療補助申請表將不適用於那些醫療應付餘額。

患者/監護人簽署

日期

正楷姓名

與患者的關係

資助聲明及/或住所表格 (F2) 適用於申請醫療補助的患者

如果您接獲任何形式的援助，我們會要求您與您的援助者完成本表格。如果您接獲多人的援助，則每位援助者將需要填寫本表格的「B 部分」。

A 部分：以下由患者／監護人填寫：

本人 _____ 聲明本人目前居住於
(患者/監護人姓名)

(地址)

本人已獲得 _____ 資助
(援助者姓名) (關係)

援助者已提供以下項目：(請勾選所有適合的答案)

住宅 食物 金錢 其他日常開銷

患者/監護人簽署

日期

B I 部分：以下由援助者填寫：

本人 _____ 聲明本人目前提供
(援助者姓名)

(患者/監護人姓名) 以下項目：

(請勾選所有適合的答案)

住宅 食物 金錢 其他日常開銷

若是提供金錢上的援助，提供的總金額為： _____
(本月) (金額)

(上個月) (金額)

(兩個月前) (金額)

援助者簽署

日期

B II 部分：以下由援助者填寫：

本人 _____ 聲明本人目前提供
(援助者姓名)

_____ 以下項目：
(患者/監護人姓名)

(請勾選所有適合的答案)

住宅 食物 金錢 其他日常開銷

若是提供金錢上的援助，提供的總金額為： _____
(本月) (金額)

(上個月) (金額)

(兩個月前) (金額)

援助者簽署

日期

B III 部分：以下由援助者填寫：

本人 _____ 聲明本人目前提供
(援助者姓名)

_____ 以下項目：
(患者/監護人姓名)

(請勾選所有適合的答案)

住宅 食物 金錢 其他日常開銷

若是提供金錢上的援助，提供的總金額為： _____
(本月) (金額)

(上個月) (金額)

(兩個月前) (金額)

援助者簽署

日期

失業收入核査表 (F3) 適用於申請醫療補助的患者

如果您將領取失業福利，則需要填寫本表格，以確定是否符合我們的醫療補助計劃資格。請填寫本表格的 A 部分，並請職業介紹所的授權代表填寫 B 部分。

A 部分： 以下由領取失業福利者填寫

姓名： _____

社會安全號碼： _____

地址： _____

電話號碼： _____

本人在此授權勞工事務局失業保險部門 (Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division) 提供有關本人失業福利的相關資訊。此資訊僅用於確定是否符合 Hawaii Pacific Health 醫療補助計劃之資格。

領取失業福利者簽署

日期

B 部分： 以下由 _____ 州

勞工事務局失業保險部門 (Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division) 代表填寫。

失業福利資訊

每週福利金額： _____

應享福利上限： _____

福利年度開始： _____

福利年度結束： _____

正楷姓名： _____

職稱： _____

聯絡電話號碼： _____

代表簽署

日期