

尊敬的患者：

感谢您选择 **Hawai'i Pacific Health** 来满足您的医疗需求。我们的财政援助计划帮助患者及其家人支付我们的医疗机构或 **Hawai'i Pacific Health** 医师所提供服务的医疗账单。

依据以下标准，夏威夷州获得医疗必需服务的居民或获得急救护理的非居民有资格获得财政援助：

- 您的家庭收入不超过当前夏威夷州联邦贫困线 (FPG) 的 400%。
- 如果您的家庭收入超过 400% 的限制，但患者自付额超过您的家庭收入与流动资产总和的 15%，可被视为医学贫困并有资格获得财政援助 您必须披露所有形式的收入和资产。
- 您必须已提交填妥的财政援助申请表给 **Hawai'i Pacific Health**，并已配合 **Hawai'i Pacific Health** 确保第三方资金的安全。

如需申请财政援助，请填写随附的财政援助申请表，并连同随附清单上所列的必要证明文件的副本提交。

请将填妥的财政援助申请表和必要证明文件寄至以下地址：

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

如果您有任何问题，请致电 522-4013（欧胡岛）、245-1119（考艾岛）或免费电话 1-866-266-3935 联系客户服务办公室。

此致

姓名
部门

附件

财政援助 — 文件清单

您的申请必须包括以下任一对您适用文件的副本：请随附副本而非原件，因为文件将不会被复印或退回。如果缺少任何文件，将造成您的申请处理延误。

请提供财政援助申请表上所列的所有家庭成员的信息。家庭成员是指有出生、婚姻或收养关系且居住在一起的人员。

- 收入证明
 - 工资（薪水）
 - 最近 3 个月的工资单
 - 最近的 W2
 - 自雇
 - 一般消费税表
 - C 副表 (Schedule C) 和/或损益表
 - 社会安全
 - 1099 表
 - 美国财政部的福利函或确认存款的银行对帐单
 - 失业
 - “参保状态确认”函
 - 如果无法获得此函，请参阅随附的收入证明表 (F3)，此表需要您和失业办公室填写
 - 工资
 - 最近 3 个月的工资单
 - 福利函
 - 养老金/退休金
 - 显示每月福利的工资单或报表
 - 退伍军人福利
 - 显示每月福利的工资单或报表
 - 租金/房地产
 - E 副表 (Schedule E)
 - 子女抚养费
 - 显示收入金额的福利函或法庭文件
 - 财政援助（福利）
 - 显示收入金额的福利函或文件
- 填写您最近报税表的副本
 - 必须包括劳动收入和非劳动收入 1099 表的证明文件
- 填写 4506-T 表（索取税表副本）<https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- 如果接受家庭成员或朋友的援助，您和您的援助者需要填写随附的援助或住址声明表 (F2)。
- 显示 Medicaid 和/或 Quest 资格被核准或拒绝的文件。
- 如果上述项目您均没有，请提供一份签字声明，解释您没有提交上述项目的原因。
- 填妥和签字的 Hawaii Pacific Health 财政援助申请

财政援助申请表 (F1)

第一部分：患者信息 (请正楷书写)			
姓名 (名字、姓氏、中间名)	出生日期	账号	服务日期

第二部分：账单负责人/保证人信息 (请正楷书写)			
姓名 (名字、姓氏、中间名)		出生日期	社会安全号码
地址	市	州	邮编
主要电话		备用电话	
婚姻状态 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 其他: _____		您是否已提交联邦税表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否, 为什么? _____	

第三部分：家庭信息 (列出所有住在家中的家庭成员)。如果需要更多空间, 请在背页继续				
家庭成员姓名	出生日期	社会保障号码	与患者的关系	该人员是否在您的联邦税表上列出?
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：开支 (列出所有家庭成员的每月开支)		
租金: \$	房屋月供: \$	其他开支总额: \$

第五部分：每月总收入 (列出所有家庭成员的税前收入)			
工资 (薪水)	工资	租金/房地产	其他收入
社会安全	养老金/退休金	子女抚养费	来源:
失业	退伍军人福利	财政援助 (福利)	来源:

我理解 Hawaii Pacific Health 可能核实本财政援助申请表中包含的与 Hawaii Pacific Health 的申请评估有关的信息, 并特此签名授权我的雇主或任何本申请表中所列的任何人员证明本申请表中所提供信息或提供与之有关的其他详情。我证明本申请表中的声明诚心实意, 并就我所知和所信真实无误。我知道伪造或虚报本申请表上的信息可能导致被拒绝给予财政援助。

我进一步理解, 某些医师和提供者可能不是 Hawaii Pacific Health 的员工。我理解我可能收到上述提供者的单独账单, 并且本财政援助申请将不适用于上述自付额。

患者/保证人签名

日期

正楷签名

与患者的关系

援助或住址声明表 (F2) 用于患者申请财政援助

如果您正在获得任何类型的援助，您和您的援助者将需要填写此表。如果您正在从多名人员处获得援助，每名援助者需要填写此表的“B部分”。

A部分：由患者/保证人填写：

我，_____，声明我当前居住在
(患者/保证人姓名)

(地址)

我曾获得_____的援助 _____
(援助者姓名) (关系)

援助者一直提供以下援助：(请勾选所有适用项)

住房 食品 货币 其他日常开支

患者/保证人签名

日期

B部分 I：由援助者填写：

我，_____，声明我当前提供
(援助者姓名)

(患者/保证人姓名)，以下援助：

(请勾选所有适用项)

住房 食品 货币 其他日常开支

如果是货币援助，提供货币的总金额： _____
(本月) (金额)

(上月) (金额)

(两个月前) (金额)

援助者签名

日期

B 部分 II：由援助者填写：

我， _____ ， 声明我当前提供
(援助者姓名)

_____ ， 以下援助：
(患者/保证人姓名)

(请勾选所有适用项)

住房 食品 货币 其他日常开支

如果是货币援助，提供货币的总金额： _____ (本月) _____ (金额)

_____ (上月) _____ (金额)

_____ (两个月前) _____ (金额)

援助者签名

日期

B 部分 III：由援助者填写：

我， _____ ， 声明我当前提供
(援助者姓名)

_____ ， 以下援助：
(患者/保证人姓名)

(请勾选所有适用项)

住房 食品 货币 其他日常开支

如果是货币援助，提供货币的总金额： _____ (本月) _____ (金额)

_____ (上月) _____ (金额)

_____ (两个月前) _____ (金额)

援助者签名

日期

失业收入证明表 (F3) 用于患者申请财政援助

如果您获得失业福利，需要填写本表，已确定您是否符合我们的财政援助计划资格。请填写本表的 A 部分，并让失业办公室的一名授权代表填写 B 部分。

A 部分： 由获得失业福利的人员填写

姓名： _____

社会保障号码： _____

地址： _____

电话号码： _____

我特此授权失业保险处 (Unemployment Insurance Division) 的劳资关系部 (Department of Labor & Industrial Relations) 公布有关我的失业福利的信息。此信息将仅用于确定 Hawaii Pacific Health 的财政援助资格。

失业福利受惠人签名

日期

B 部分： 由 _____ 州代表填写。

失业保险处劳资关系部。

失业福利信息

每周福利金额： _____

最高福利权利： _____

福利年开始时间： _____

福利年结束时间： _____

正楷签名： _____

职衔： _____

联系人号码： _____

代表签名

日期