

尊敬的患者，

附件为 NEBH 困难申请表。请完整填写并与所有需要的文件一起交还。填写不完整的申请表可能导致经济救助被拒。

交还申请表的截止日期为申请经济救助的医疗服务的第一张账单日起 240 天。

新英格兰浸信会医院及其附属机构致力于向那些有医保需求但是无保险，保额不足或不符合政府医保方案的病人，或者那些根据其个人经济状况无法支付必要医疗费用的病人提供经济救助。

如你有任何疑问，请与财务咨询联系，电话如下：

谢谢！

将申请交还到：

新英格兰浸信会医院
患者门诊部/财务顾问
125 Parker Hill Ave
Boston, MA 02120
(617) 754-5974 或者 (617) 754-5979

医疗困难经济援助申请

请打印

今日日期: _____ 社会安全号码# _____

病历号码: _____

病人姓名: _____

病人生日: _____

地址: _____

街

房间号

城市

州

邮编

病人在就诊时有没有健康保险或医疗补助**？ 是 否

如果“是”，请附上保险卡复印件(正反面)并填写下列内容:

保险公司名: _____ 保单号: _____

生效日: _____ 保险公司电话号码: _____

注意: 如已设立健康储蓄账户 (HAS), 医疗报销账户 (HRA), 弹性消费账户 (FSA) 或类似的专供家庭医疗开支的基金, 则医疗救助就可能不适用。在提供救助之前, 必须从已设立账户中先行支付。

如需申请经济救助, 请填写下列内容:

列举所有居住在家中的家庭成员, 包括患者, 父母, 18岁以下的子女和/或兄弟姐妹, 无论所亲生或领养的。

家庭成员	年龄	与患者关系	收入来源或雇主姓名	每月毛收入
1.				
2.				
3.				
4.				

除经济救助申请之外, 我们还需要下列文件, 请附带于本申请之后。

- 当前的州或联邦的报税记录
- 当前的 W2 表格和/或 1099 表格
- 4 张最新的工资存根
- 4 张最新的支票和/或储蓄账户对账单
- 健康储蓄账户
- 健康报销账户
- 灵活支付账户
- 所有医疗账单的复印件

如无法提供上述材料, 请致电财务咨询部(617) 754-5974 或者(617) 754-5979 来讨论他们可能提供的

其他文件。

列举前 12 个月内所有的医疗账单并提供其复印件：

医治日期	医治地点	欠款额
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

请简单描述下为何支付这些账单有困难：

在下方签字之后，我确认此申请表中提交的所有信息，就我的知识，信息和信念而言是真实的。

申请人签名: _____

与患者的关系: _____

完成日: _____

在收到填写完毕的申请表之日起，审批合格性尚须等待 30 天。

如果审批合格，自批准日起 6 个月内将提供经济救助，且在所有的贝斯·以色列莱希附属医院均有效，如其各自的财务资助政策附录 5 所述：

- 安娜·杰奎斯医院
- 艾迪生·吉尔伯特医院
- 湾岭医院
- 贝斯·以色列执事医疗中心
- 贝斯·以色列执事医院 (Milton)
- 贝斯·以色列执事医院 (Needham)
- 贝斯·以色列执事医院 (Plymouth)
- 贝弗利医院
- 拉希医院和医疗中心
- 皮博迪莱希医疗中心
- 奥本山医院
- 新英格兰浸信会医院
- 温彻斯特医院

员工专用.	
收到申请之单位:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>