



请在申请之前仔细阅读。

Sharp HealthCare（夏普保健）为符合条件的患者（符合特定标准的低收入无保险患者以及医疗费用高昂的低收入有保险患者）提供经济援助、折扣价护理或慈善护理。申请人必须符合以下条件：所申请的服务必须是紧急医疗救治型服务。申请人总收入水平必须达到或低于《联邦贫困指南》(Federal Poverty Guidelines)的200%方可获得经济援助，如果是部分经济援助/折扣价护理，则总收入水平需介于201%-400%之间。申请人必须遵守所有适用的资金来源规定，并在充分配合的基础上做出决定。此类资金选择包括县医疗服务(CMS)、Medi-Cal、California Victim Compensation Program等。因配合不足而被拒的经济援助申请将不予考虑。申请人必须填写随附的经济援助申请表相关内容，并准备好下列证明文件，最好在收到申请表后10日内将材料一并交回。

急诊室医生和其他提供者也可以提供经济援助（单独收费）。请按照其账单上的联系电话联系医生账单办公室的工作人员，以便具体了其经济援助方案。

证明文件（证明文件收到后不予退还，因此请寄送复印件）包括：

- 三个月的收入证明（须提供所有表格）。
 - ~· 最近三（3）个月的所有银行对账单
 - ~· 最近三(3)个月的工资单或其他收入证明
 - ~· 最近一年的所得税申报表（例如1040表）
 - ~ 自由职业者需提供年度损益表（附表C）。
- 如果有本县或本州财政援助计划拒绝信的复印件（例如CMS或Medi-Cal），请一并提供。
- 患者或患者家属在过去12个月内自费支付的所有年度医疗账单复印件。
- 18岁以上独立生活的学生应提供本人资料，包括在校证明。
- 18岁以上仍接受家庭抚养的学生，可提供第三方支持宣誓书、在校证明，以及前述所有适用文件。

Sharp HealthCare或其代理人可能会要求您提供其他信息，以便协助您进行申请并获得经济援助资格。所有信息可能会被核实，包括但不限于联系您的单位、银行、信用审核以及在美国境内外进行财产调查。

我们将在收到证明材料后60天内以书面形式通知您申请结果。在作出财务决定之前，您的就诊仍将由Sharp HealthCare负责。如果您对经济援助申请有任何疑问，请通过<http://www.sharp.com/billing>联系我们，或在周一至周五上午8:00-下午4:30（太平洋标准时间）致电(858)499-2400。

家庭成员人数	卫生与公共服务部《2024年贫困指南》(200%)	《联邦贫困指南》400%
1	30,120.00美元/年，或2,510.00美元/月	60,240.00美元/年，或5,020.00美元/月
2	40,880.00美元/年，或3,406.00美元/月	81,760.00美元/年，或6,813.00美元/月
3	51,640.00美元/年，或4,303.00美元/月	103,280.00美元/年，或8,606.00美元/月
4	62,400.00美元/年，或5,200.00美元/月	124,800.00美元/年，或10,400.00美元/月
5	73,160.00美元/年，或6,096.00美元/月	146,320.00美元/年，或12,193.00美元/月
每增加一人	10,760.00美元/年	21,520.00美元/年

如需关于《联邦贫困指南》、Medi-Cal、Covered California或CMS的更多信息，请访问：《联邦贫困指南》 <https://www.federalregister.gov>

Covered California <https://www.coveredca.com>

Medi-Cal <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>

CMS www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services

Consumer Alliance: <https://consumerhealth.org>



经济援助申请表

发送至：
Sharp HealthCare
8695 Spectrum Center Blvd.
San Diego, CA 92123
Private Pay Unit/PFS-ICD
或
电子邮箱：SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com
传真：(858) 636-2368

就诊次数

合计 \$ _____

本表格授权通过下列方式使用受保护的健康信息的披露，并且属于自愿授权。Sharp HealthCare不会因为您拒绝填写此表格而拒绝为您提供治疗。填写此表格并不保证您有资格获得或将会获得经济援助。

根据联邦法律规定，本人授权Sharp HealthCare员工或代理人使用或披露本人在本表上提供的信息，用于确定本人是否有资格获得经济援助，或医院是否有资格获得经济援助，用于支付本人部分或全部医护费用。本人已了解该表格需要填写完整。本人还了解，除非有资格获得经济援助，否则不论是否获得援助，本人可能仍然要对医院账单负责。本人在该表格上提供的信息只能在必要时透露给以下单位：

- 1) 根据本人经济状况，可能向医院提供免费或廉价替代药物的制药公司。
- 2) 其他可能提供与健康有关的经济援助计划的特定慈善、商业或政府机构。

I. 患者信息 (请打印)

姓名 _____ 社会保险号 _____
 地址 _____ 出生日期 _____
 城市，州，邮编 _____ 家庭地址 _____
 单位 _____ 工作地址 _____
 职业 _____ 患者是否被宣布为永久性残疾?
 是 否

II. 配偶信息 (如果患者未满18岁，则为父母)

姓名 _____ 社会保险号 _____
 地址 _____ 出生日期 _____
 城市，州，邮编 _____ 家庭地址 _____
 单位 _____ 工作地址 _____
 职业 _____

III. 其他家长 (如果患者未满18岁)

姓名 _____ 社会保险号 _____
 地址 _____ 出生日期 _____
 城市，州，邮编 _____ 家庭地址 _____
 单位 _____ 工作地址 _____
 职业 _____

四. 列出居住在患者家（如果患者未满18岁，则为父母家）中的所有人员。

姓名	关系	年龄

V. 月收入

患者工资 * _____
 配偶工资 * _____
 父母工资 * _____
 （如果病人未满18岁）
 社会保险 * _____
 非递延养老金 * _____
 残疾 * _____
 失业 * _____
 赡养费/子女抚养费 **** _____
 利息 * _____
 租金 _____
 其他 _____
合计 _____

VI. 基本生活费

房租/按揭（圈选其一） _____
 维护费 _____
 赡养费/子女抚养费 **** _____
 食物/日用品 _____
 水电/电话 _____
 服装 _____
 医疗/牙科保险 _____
 汽车/交通费 _____
 学校或托儿所 _____
 分期付款/循环付款 _____
 当前医疗费用： _____
 燃料和维修 _____
 洗衣/清洁 _____
 其他 _____
合计 _____

VII. 资产

手头现金 _____
 美国或国外的房产：
 地址_____价值_____股权_____
 地址_____价值_____股权_____
 商业价值 _____
 其他 _____
合计 _____

VIII. 其他资产

支票账户#/机构 **余额 _____
 储蓄账户#/机构 **余额 _____
 车辆 1（年份/品牌/型号/价值） _____
 车辆 2（年份/品牌/型号/价值） _____
 房车/船/摩托车/房车：
 （年份/品牌/型号/价值） _____
合计 _____

* 包括最近三(3)个月的工资单或其他收入证明。

** 包括最近三(3)份银行对账单。

*** 包括患者或患者家属自费支付的所有年度医疗账单复印件。

**** 提供证明文件，如判决、协议、留置权等。

- 本人声明，我所提供的内容均为真实信息，并且据我本人所知正确无误。
- 如果收入、财产、支出、家庭或地址有任何变化，我同意在10天内告知服务提供者。
- 本人已了解，我可能被要求证明自己所陈述的内容，我的资格将接受审查，包括但不限于：联系我的单位、银行、信用审核以及美国境内外的财产调查。
- 本人还同意，考虑到因事故或受伤而接受医疗保健服务，如果因此类事件而进行任何诉讼或和解并因此获得收益，本人同意向县、州、联邦政府或医院支付费用。
- 本人已了解，如果我没有资格获得经济援助，我个人将承担Sharp HealthCare所提供服务的费用。我可以在收到申请结果后30天内对该决定提起申诉，并另外提供书面文件，或与业务经理、首席财务官或其他适当的负责人预约面谈。如需预约，请在周一至周五上午8:00-下午4:30（太平洋标准时间）致电客户服务部，联系电话：(858) 499-2400。30天后，为审查您的申诉，可能需要重新申请。
- 签字人授权Sharp HealthCare取得信用报告，用于帮助确定患者是否有资格获得经济援助。本人已了解，此处信息可能分享给本表格所述第三方。
- 本人已了解，一旦本人信息离开Sharp HealthCare，Sharp将无法再直接控制或保护我的信息，并且本人免除Sharp HealthCare 因向上述类型的公司或机构发布本人信息而可能产生的任何责任。
- 本人已了解，我可以根据Sharp HealthCare隐私惯例通知(Notice of Privacy Practices)中的说明随时以书面形式撤销该授权，除非已根据本授权采取行动。

对本经济援助申请进行的本次授权将在收到申请表之日起90天后终止。

注释

患者签字_____

日期_____

配偶签字_____

日期_____

父母/监护人_____

日期_____