

慈善醫保和優惠付款計劃

申請

申請者必須符合以下條件，才能夠視為

符合慈善醫保或優惠付款計劃的資格：

- 必須在服務之日起一年內提出申請。
- 不得符合政府/非政府付款方之付款資格或已用完政府/非政府付款方之付款。
- 不得有任何第三方責任。
- 必須針對在Zuckerberg San Francisco General Hospital、社區初級照護診所、Laguna Honda Hospital、人口健康部或行為健康服務所接受的服務進行申請。
- 必須針對尚未折扣的服務進行申請。
- 必須提供最近一個季度的工資單或最近一年的納稅申報明細表。
- 家戶收入總額必須為聯邦貧窮等級500%或以下，才能列入慈善醫保考量。
- 必須提供符合資格的流動資產證明驗證，才能列入慈善醫保考量。
- 針對所接收之服務接受保險付款的患者或訂立者，必須向三藩市保健網絡放棄付款，才能符合經濟援助的資格。

申請說明：

- 填寫並簽署本申請書
- 提交您的申請書和證明文件。

若為醫院和診所服務，請將申請書和證明文件郵寄至：

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave.
Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

致電患者經濟援助部門以尋求協助，電話為 (628) 206-3275。

若為行為健康服務，請將申請書和證明文件郵寄至：

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

致電行為健康服務 (Behavioral Health Services, BHS) 會員服務部門以尋求協助，電話為 (888) 246-3333。



申請人資訊

姓： _____ 名： _____
 出生日期： _____ 病歷號： _____

戶籍地址：

地址： _____ 市： _____
 州： _____ 郵政編碼： _____
 國家： _____ 電話號碼： _____
 手機號碼： _____ 電子郵箱： _____

臨時地址（若適用）

地址： _____ 市： _____
 州： _____ 郵政編碼： _____
 國家： _____ 電話號碼： _____
 手機號碼： _____ 電子郵箱： _____

資格及篩檢

您的婚姻狀況為何？ 已婚 離 單身 喪偶 分居
 婚 同居伴侶

您有醫療保險嗎？ 是 否
 若有，請說明：
 提供醫療保險卡。

您是否有預期會維持12個月的身心障礙？ 是 否

您的Medi-Cal申請正在待審理過程中嗎？ 是 否

您在接受服務的日期當天是否已懷孕？ 是 否 無法提供

家庭規模（自己、配偶和未滿21歲的子女） 人數 _____

申請時家戶月收入總額： \$ _____
 必須提供最近一個季度（3個月）的工資單或最近一年的納稅申報明細表

申請時的總資產（不包括退休和延期付款計劃）： \$ _____
 請提供申請時最近一個季度（3個月）至今的財務報表。

請明確所持有之所有類型的資產帳戶：
 支票 儲蓄 貨幣市場
 存款證明 經紀業務 共同基金
 請提供所持有之所有帳戶的對帳單。

申請資訊



本人聲明據本人所知，所給予的回復均屬實、準確。本人未投保保險或保額不足，且沒有第三方責任。本人瞭解本人提供的資訊將經過查證。本人瞭解該資訊將用來篩選參加各種聯邦、州和郡計劃的資格條件。本人了解如發現資訊不實，本人將支付從Zuckerberg San Francisco General Hospital和專科門診診所、社區初級保健診所、Laguna Honda Hospital、人口健康診所或行為健康服務收到之任何醫療服務費用的總額。

申請人簽名：	日期：
--------	-----

待審理文件 - 限時30天提交	
<input type="checkbox"/> 3個月的工資單或最近的納稅申報單	<input type="checkbox"/> 3個月的所有銀行對帳單
評論：	

患者經濟援助部門決定	
慈善計劃	<input type="checkbox"/> 合資格 <input type="checkbox"/> 無資格
低費醫療計劃	<input type="checkbox"/> 合資格 <input type="checkbox"/> 無資格
拒絕原因：	
<input type="checkbox"/> 不合規	<input type="checkbox"/> 收入超過聯邦貧困線 (federal poverty level, FPL) 的500%
<input type="checkbox"/> 由政府或非政府付款方承保	
<input type="checkbox"/> 服務非由 Zuckerberg San Francisco General Hospital (ZSFG) 提供	<input type="checkbox"/> 所接受的服務費用已有折扣
<input type="checkbox"/> 超過30天 - 無法提供所要求的驗證	
<input type="checkbox"/> 其他（請說明） _____	
資格判斷決定者：	
正楷書寫姓名：	
簽名：	日期：
最終決定寄給患者的日期：	經濟諮詢師姓名首字母：
cc：寄給患者的副本	

姓： 名：

出生日期： 病歷號：

申請書遭拒的申訴過程

決定 • 申訴

如果您已經被認定為不符合慈善醫保和優惠付款計劃的資格，並希望對資格遭拒進行申訴，從資格審定日期起，您有**15**個工作日進行申訴。請將填妥完整的申請書之副本，附申訴請求理由的書面說明，提交至以下其中一個地址。

若為醫院和診所申請遭拒：Patient Financial Assistance Manager, Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110

若為行為健康服務申請遭拒：BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

日期： 申訴原因 • 申訴決定

申訴請求原因

申訴決定

慈善計劃 符合資格 不符合資格

低費醫療計劃 符合資格 不符合資格

正楷書寫姓名： 簽名 日期：

