

SMMC經濟援助計畫申請表

您在本申請表上提供的資訊將用於評估您是否符合慈善護理 (Charity Care) 計畫和折扣醫療保健 (Discounted Health Care, DHC) 計畫以及其他健康保險計畫的資格。這些計畫包括Medi-Cal、Covered California、Access and Care for Everyone (ACE) 和Kaiser Community Health Care (CHCP) 等計畫。每項計畫資格會有所不同，並不是所有申請人都符合資格。

如需申請健康保險計畫或如果您對計畫資格有任何疑問，請撥打**650-616-2002**聯絡健康保險部門，造訪smchealth.org/health-insurance，或者透過發送電子郵件或郵寄方式提交您的申請表，**電子郵箱**：Info-HCU@smcgov.org，**郵寄地址**：Health Coverage Unit, 801 Gateway Boulevard, Ste. 1, South San Francisco, CA 94080。

申請人資訊			
姓名：		醫療記錄編號 (MRN)：	
出生日期：	社會安全碼 (SSN)：	電話：	
目前地址：		備用電話：	
市：	州：	郵遞區號：	
家庭資訊			
家庭人數：		家庭每月總收入	\$
看診資訊			
需承保的醫療帳單日期：			
此次看診是否為因公受傷或因車禍意外受傷？		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否擁有公共或私人醫療保險或投保聯邦、州或縣的保險計畫（如健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO)/首選提供者組織 (Preferred Provider Organization, PPO)、旅遊保險、Medicare、Medi-Cal和Covered CA等）		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如回答「是」，請選擇您此次看診需申請經濟援助的原因。			
<input type="checkbox"/> 共付額	<input type="checkbox"/> 使用醫療服務的日期不在承保期內		
<input type="checkbox"/> 免賠額	<input type="checkbox"/> 其他 _____		

符合資格的收入水平

計畫資格是基於由家庭人數和年收入確定的聯邦貧困線 (Federal Poverty Level, FPL) 而定。

家庭人數	138% FPL Medi-Cal/慈善護理計畫	200% FPL ACE	300% FPL Kaiser CHCP	400% FPL DHC	600% FPL Covered California
1	\$20,783	\$30,120	\$43,740	\$60,240	\$90,360
2	\$28,208	\$40,880	\$59,160	\$81,760	\$122,640
3	\$35,632	\$61,640	\$74,580	\$103,280	\$154,920



4	\$43,056	\$62,400	\$90,000	\$124,800	\$187,200
每增加一位額外家庭成員，則增加：	\$7,425	\$10,760	\$16,140	\$21,520	\$32,280

慈善護理聲明

1. 如果我的應付款項不符合從其他付款人處付款的條件，本人將獲得慈善護理計畫資格，但前提是已經盡最大努力讓本人入保合適的健康保險計畫。
2. 如需符合慈善護理計畫資格，本人的家庭收入必須等於或少於聯邦貧困線的138%。
3. 慈善護理僅能在San Mateo Medical Center (SMMC) 設施使用。慈善護理並非保險計畫。
4. 如果慈善護理獲得批准，本人將免除已批准就診的患者應付款項。

DHC聲明

1. 如需符合DHC計畫資格，本人的家庭收入必須等於或低於聯邦貧困線的400%。
2. 除非本人擁有「高額醫療費用」，否則本人將不符合入保政府或私人保險的資格。「高額醫療費用」是指年度自付醫療護理費用超過患者目前家庭收入或前12個月內的較低家庭收入的10%。
3. DHC計畫僅能在獲得預先批准的SMMC設施和相關藥房使用（可在申請表上獲取名單）DHC並非保險計畫。
4. 如果獲得DHC批准，本人將能獲得正常費用的65%折扣。

慈善療護與DHC聲明

1. 本人必須應要求申請入保Medi-Cal或其他計畫。
2. 經濟援助計畫 (Financial Assistance Program) 申請表必須在就診日期起的6個月內提交。超過6個月才收到的申請表，將視為個案處理。
3. 本人必須在申請之日起的45天內提交以下本人的家庭收入證明：最近一次的薪資單、政府支票存根或信函（失業證明或殘障證明），或者去年聯邦所得稅的申報單（僅提交影印文件，不予歸還正本文件）。
4. 如果本人提供的任何資訊不正確，本人將會喪失慈善護理或DHC計畫資格，並且可能需追溯支付過往根據這些計畫承保的所有服務費用。
5. 提供虛假資訊而不正當獲得的福利可能會遭到檢舉。
6. 如果本人符合慈善護理或DHC計畫資格，本人將會收到書面通知。本人將會在縣政府收到已填妥的申請表後45天內收到通知。該通知將包括如何對拒絕函提出上訴的資訊。

本人謹聲明上述資訊均真實無誤。透過在下方簽名，即表示本人授權縣政府人員、代理人或承包商核實和/或調查本人的資格。該調查/核實可能包括索取及使用其他公共及私人機構持有的資訊和文件。

本人在下方的簽名，表明本人已閱覽並瞭解獲悉上述各項聲明，且同意入保慈善護理或DHC計畫。

申請人簽名：

日期：

2024年1月1日生效

不符合其他健康保險計畫的San Mateo Medical Center (SMMC) 患者可能符合慈善護理或DHC計畫資格。

修訂於2024年9月16日