

财务援助申请 (Financial Assistance Application - Chinese) 适用于服务日期 2012 年-2016 年

Cottage Health 的使命是通过对我们“卓越、诚信、慈悲”核心价值观的承诺来为社区提供优质医疗保健服务，改善社区健康状况。作为这项使命的组成部分，Cottage Health 可以为无力支付紧急或必要医疗护理费用的患者提供财务援助计划。

如果患者的家庭收入不超过联邦贫困线的 350%，则有资格获取财务援助。家庭收入高于联邦贫困线的 350% 的患者可能具备享受折扣的资格。

收到填写完整的财务援助申请之后，患者/保证人将通过电话或电子邮件收到确认函。申请将接受审核并将邮寄出最终决定函。如果需要其他文档，将会通知患者/保证人。

说明：

要申请财务援助，请填写申请并附上有关患者、保证人（如果与患者不同）和患者所有家庭成员的以下文档的副本。

- 驾照或带照片的身份证件
- 两年的纳税申报单和明细附表（接受医疗服务当年和上一年的纳税申报单）

家属的定义是：

对于 18 岁及以上的患者 - 自己、配偶、同居伴侣（如《家庭法典》的第 297 节中所定义）和 21 岁以下的受抚养子女。

对于 18 岁以下的患者 - 自己、父母、看护的亲戚以及他们 21 岁以下的其他子女。

保证人信息（负责付款的人）：

保证人姓名（名字、中间名、姓氏）：		社会安全号码：	出生日期（月/日/年）：
地址：		城市、州、邮政编码：	
电话：	婚姻状况：	家庭规模（如上述说明中所定义）：	
用于申请财务援助的帐号：		电子邮件：	

执行服务当年的受抚养人：

全名：	与保证人的关系：	出生日期（月/日/年）：

列出您觉得在支付医药费时对确定援助资格有帮助的任何其他信息—例如，收入变化：（如果需要，请附上另外的纸张。）

证明：

本人证明，所列的所有信息据我所知均真实、正确。本人明白，这些信息用于确定我支付由 Cottage Health 提供的服务费用的能力，本人同意 Cottage Health 根据需要分享这些信息，以便进行验证和考虑我的财务援助申请。本人知道，联邦法律针对任何虚假陈述或者在填写本申请时使用虚假文件规定了罚款措施。

保证人签名：

日期：

请将此申请邮寄至以下地址：

Cottage Health
Financial Assistance Program
PO Box 689
Santa Barbara, CA 93102

您也可以在以下任何地点亲自提交本申请：

Cottage Health Business Office, 6550 Hollister Ave. Goleta, CA 93117 (**工作时间：**
周一-周五，早上 8 点-下午 4 点)
Santa Barbara Cottage Hospital, 400 W. Pueblo St. Santa Barbara, CA 93105
Goleta Valley Cottage Hospital, 351 S. Patterson Ave. Goleta, CA 93111
Santa Ynez Valley Cottage Hospital, 2050 Viborg Rd. Solvang, CA 93463

如需其他信息，请联系 Cottage Health 财务援助团队，电话：805-879-8963。

财务援助计划和自费说明：

加利福尼亚州法律要求 Cottage Health 向在任一 Cottage Health 机构接受服务的所有患者提供以下信息：

1. 如果您有任何类型的医疗保险承保，请务必告知我们。这包括医疗保险公司的承保、医疗保健服务计划、Medicare、Medi-Cal/Medicaid、加利福尼亚儿童服务计划 (California Children's Services, CCS)、县级计划、投保加州 (Covered California) 计划、健康家庭计划 (Healthy Families Program) 或者其他州政府资助的医疗保险承保计划。
2. 如果您没有任何医疗保险承保，您可能有资格获得 Medicare、Medi-Cal/Medicaid、CCS、健康家庭计划、投保加州保险、其他州政府或县郡资助的健康保险承保或财务援助。Cottage Health 患者服务科的登记顾问可以帮助申请承保或援助。登记顾问也可以提供本地消费者法律援助计划的联系信息，帮助未投保的患者获得承保。登记顾问的联系电话是 **805-569-7410**，工作时间是早上 7 点-下午 6 点，周一-周五，或者直接前往 Santa Barbara Cottage Hospital，由 Bath 大街的入口进入。
3. 如果您缺少保险或者保险不足，或者满足特定的中低收入要求，您可能有资格享受折扣或其他财务援助。由于联邦和州法律要求所有医院作出合理的努力来收取服务费用，我们将使用标准计费流程，除非您将您的特殊情况告知我们。如果没有表示您需要财务援助，未付的帐单可能转至催收机构。我们希望与您配合，但需要您告知我们有关您的情况的信息，以便帮助您。Cottage Health 财务援助计划根据收入和/或特殊情况提供援助。请联系我们的财务援助团队，电话：805-879-8963，工作时间是周一-周五太平洋时间早上 8 点-下午 4 点，或者直接前往 6550 Hollister Avenue, Goleta。有关问题或信息，也可以发送电子邮件至 CottageBilling@sbch.org。
4. 州和联邦法律要求债务催收人公平地对待您，禁止债务催收人作出虚假陈述或者暴力威胁，使用淫秽或亵渎语言，而且禁止与第三方 (包括您的雇主) 进行不正当沟通。除了在不寻常情况下，债务催收人不得在早上 8 点之前或晚上 9 点之后与您联系。通常，债务催收人不得向您的律师或配偶以外的其他人提供您的债务信息。债务催收人可以联系其他人以确认您的所在地或者执行判决书。有关债务催收活动的更多信息，可以通过电话 **1-877-FTC-HELP (877-382-4357)** 或在线 (www.ftc.gov) 联系联邦贸易委员会。
5. 此帐单针对由任一 Cottage Health 机构提供的服务，不包括医生的费用。您将收到为您提供治疗的个人医生或医疗小组的单独账单。如需更多信息，请联系 Cottage Health 办事处，电话 **805-695-2518**。

FOR INTERNAL USE ONLY

- Emergent FA Request
- Non-Emergent FA Request