

# 财务援助申请说明

为履行自身使命，Cottage Health 很乐意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 500%，即有资格获取财务援助。如果患者的家庭收入高于联邦贫困线的 500%，则或许有资格享受折扣。

当我们收到妥当的财务援助申请之后，将通过电话或电子邮件方式向患者/保证人发送确认信息，并且所有列出的账户将自账单周期开始临时冻结，直至做出最终决定。我们于 14 个工作日内审核申请并邮寄出最终决定函。如需其他文档，将通知患者/保证人。

如需其他文档，将通知患者/保证人。Cottage Health 将为每位患者提供最大福利，无论是用于“慈善医疗”还是“折扣支付”。符合折扣支付条件的患者所获得的优惠可能低于慈善医疗计划所能提供的水平。

## 机密性：

我们尽力维护申请、信息和资金的机密性。以下申请信息仅用于财务援助。我们不会将信息分享给任何第三方、联邦或地方政府机构。

## 说明：

要申请财务援助，请填写申请并随附患者、保证人（如果与患者不同）和患者所有家庭成员的以下文档副本：

- 驾照或附照片身份证件
- 上一年的所得税申报单和明细附表
- 所有雇主的工资单（前三个月）
- 在确定折扣支付资格时，近期纳税申报单是指记录患者首次开具账单当年或首次开具账单前 12 个月收入的纳税申报单，近期工资单指患者首次被医院开具账单前或后 6 个月内的工资单，在预服务的情况下，则以提交申请时为准。

## 财务援助计划和自费说明：

加利福尼亚州法律规定，Cottage Health 应向在任何 Cottage Health 机构接受服务的所有患者提供以下信息：

1. 请务必向我们告知您所拥有的各类医疗保险。其中包括医疗保险公司承保、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)、郡县计划、投保加州 (Covered California) 计划、健康家庭计划 (Healthy Families Program) 或者由州政府资助的其他健康保险承保计划。
2. 如果您没有保险或者保额不足，或者满足特定的中低收入要求，您或许有资格享受折扣或其他财务援助。联邦和州法律规定，所有医院可采取各种合理措施来收取服务费用。除非您向我们告知您存在特殊情况，否则我们一律实施标准计费流程。如果您并未指出您需要财务援助，则未付账单可能转至催收机构。我们希望与您合作，但请务必将您的处境如实告知我们，以便我们为您提供相应援助。Cottage Health 财务援助计划将根据收入和/或特殊情况提供援助。请于周一至周五早上 8:00 至下午 4:00（太平洋时间）拨打 805-879-8963 联系我们的财务援助团队，或者直接前往 7410 Hollister Avenue, Goleta。如需咨询问题或者了解信息，也可发送电子邮件至 [CottageBilling@sbch.org](mailto:CottageBilling@sbch.org)。
3. 州和联邦法律规定，债务催收人应公平对待您，不得做出虚假陈述或者暴力威胁，不得使用淫秽或亵渎语言，并且禁止与包括您雇主在内的第三方进行不恰当的沟通。除非情况特殊，债务催收人不得在早上 8:00 之前或晚上 9:00 之后与您联系。通常而言，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。如需关于债务催收活动的更多信息，请致电 1-877-FTC-HELP (877-382-4357) 或在线访问 [ftc.gov](http://ftc.gov) 联系联邦贸易委员会 (Federal Trade Commission)。

## 家属定义：

对于年满 18 岁的患者 - 本人、配偶、同居伴侣（参见《家庭法典》(Family Code) 第 297 节所述定义）和 21 岁以下的受抚养子女。

对于未满 18 岁的患者 - 本人、父母、看护亲属以及父母或看护亲戚未满 21 岁的其他子女。



# 财务援助申请 [机密]

## 保证人信息 (负责付款之人):

保证人姓名 (名字、中间名、姓氏):

保证人电话号码:

社会安全号码:

出生日期 (月/日/年):

婚姻状况:

地址:

城市、州、邮政编码:

电话:

电子邮件:

家庭人口数 (参见说明所述定义):

您用于申请财务援助的账号:

保证人的雇主:\*

就业状况:

全职  兼职  自雇  失业  学生

雇主地址:

城市、州、邮政编码:

主管姓名:

主管电话:

\* 如有多名雇主, 请另附纸张。

## 其他家庭成员的就业情况:

家庭成员姓名:\*

就业状况:

全职  兼职  自雇  失业  学生

家庭成员的雇主:

雇主地址:

主管姓名:

主管电话:

\* 如有多名家庭成员和/或雇主, 请另附纸张。

## 受抚养人:\*

全名:

与保证人的关系:

出生日期 (月/日/年):

全名:

与保证人的关系:

出生日期 (月/日/年):

全名:

与保证人的关系:

出生日期 (月/日/年):

全名:

与保证人的关系:

出生日期 (月/日/年):

全名:

与保证人的关系:

出生日期 (月/日/年):

\* 如有超过四名受抚养人, 请另附纸张。

**其他健康保险援助：**

您或许有资格获得 Medicare、Medi-Cal/Medicaid、CCS、健康家庭计划、投保加州保险或者由州政府或郡县资助的其他健康保险承保。我们提供投保顾问，帮助您申请承保。如需更多信息，请致电 805-879-8963。

如需提供更多信息以确定资格，请随附于此申请中。

**证明：**

本人证明，据本人所知，全部所列信息均真实且正确。本人明白，相关信息将用于确定我支付 Cottage Health 服务费用的能力，并且本人同意 Cottage Health 视需要分享信息，以便进行验证和考虑本人的财务援助申请。本人明白，联邦法律规定，若给出任何虚假陈述或者填写本申请时使用虚假文件，将受到相应处罚。

保证人签名：

日期：

**提交信息：**

请将此申请上传至您的 MYCHART 账户或邮寄至：

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

您也可以亲自将此申请提交至以下地点：

Cottage Health Business Office | 7410 Hollister Ave. | Goleta, CA 93117 | 工作时间：周一至周五早上 8:00 至下午 4:00

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

如需更多信息，请致电 805-879-8963 联系 Cottage Health 财务援助团队。

