

特種外科醫院 (Hospital for Special Surgery, HSS) 向對其支付醫療保健的能力有所顧慮的患者提供了財政資助項目(Financial Assistance Program)。是否符合該項目的資格取決於您的家庭收入、資產和需求。家庭收入低於以下所示金額的個人可獲得財政資助：

家庭人口	家庭年收入
1	最高為 \$105,420
2	最高為 \$143,080
3	最高為 \$180,740
4	最高為 \$218,400
5	最高為 \$256,060
6	最高為 \$293,720
7	最高為 \$331,380
8	最高為 \$369,040

財政資助項目 (FAP) 申請表還要求以下資訊，HSS 可能使用該資訊來核實申請人的家庭收入。申請人無須提供以下每一項，如果該資訊無法獲得的話：

- 可獲得的最近三(3)個月期間的工資單
- 來自公共援助機構的口頭或書面收入證明
- 彈性消費賬戶 (Flexible Spending Account) 或健康保健儲蓄賬戶 (Health Care Savings Account) 的選拔資訊和餘額
- 批准或否決失業保障金的表單
- 銀行賬戶或投資賬單
- 社會安全生活補助金福利賬單 (SSI Benefit Statement) 或福利決定書 (Benefit Determination)
- 自我證明書 (Self-Attestation)

在填寫財政資助申請表的時候請記住以下：

- 對財政資助的請求可在任何時候提出。個人可在收到服務之前、期間或之後提出請求，包括在討債機構針對個人的行動開始之後。
- 申請表可由個人或者他或她的法定監護人填寫。如果您對填寫財政資助申請表 (Financial Assistance Application) 存在任何問題，請聯絡 FAP 工作人員，號碼為 (212) 606-1505。
- 財政資助涵蓋 HSS 及其所覆蓋供應者 (Covered Providers) 提供的所有服務。可在我們的網站上找到更多資訊：<https://www.hss.edu/financial-assistance.asp>
- 我們一旦收到您的完整申請表，您可無須理會任何收費單/賬單，直至您收到有關您財政資助申請的書面通知
- 整容、實驗性和便民服務在本政策下不得被視為醫療上必要的服務，財政資助不涵蓋與旅程相關的費用。

請將您填寫完的申請表和所要求的證明文件郵寄至：

Hospital for Special Surgery
Financial Assistance Department
535 East 70th Street
New York, NY 10021

財政資助申請表

HSS #: _____

患者姓名: _____

地址: _____ 姓 _____ 名 _____ 中間名首字母 _____
 街道 _____ 房間號 _____ 州 _____ 城市 _____ 郵區號碼 _____

出生日期: _____ 婚姻狀況: _____

最佳聯絡號碼: _____ 備用聯絡號碼: _____

電子郵件: _____

聯絡人: _____ 與患者的關係: _____ 聯絡號碼: _____

保險計劃: _____ 保單號碼: _____ 保險電話號碼: _____

所要求的臨床服務: _____

列舉所有住在家中並在法律上依靠您撫養支持的人: (在您的所得稅申報表中列為依靠您的人。對於關係,請選擇以下選項之一:配偶/伴侶、父母、子女或其他。如選其他,請填寫關係的類型。)

1	全名: _____	年齡: _____	關係: _____	其他: _____
2	全名: _____	年齡: _____	關係: _____	其他: _____
3	全名: _____	年齡: _____	關係: _____	其他: _____
4	全名: _____	年齡: _____	關係: _____	其他: _____

您是否在尋求離您住所更近的距離內無法合理獲得的護理? _____

您是否在尋求其他醫院中無法合理獲得的高度專業化護理? _____

收入總額:

收入來源	家庭收入 3個月	家庭收入 12個月
工資	_____	_____
社會保障金	_____	_____
股息、利息、租金收入	_____	_____
失業救濟金	_____	_____

目前支票/儲蓄賬戶餘額: _____

我證明以上資訊是完整正確的。我理解我上交的資訊需要由特種外科醫院進行核實並需要受到審查。此外,我將採取一切必要的步驟申請任何可能獲得的、對我的適用費用付款的補助(聯邦醫療補助[Medicaid]、聯邦醫療保險[Medicare]、保險等)。我將採取合理範圍內必要的任何行動以獲取這樣的補助,並將把所領取的金額轉給或付給適用供應者用來支付適用費用。我理解如果我所給予的任何資訊被證實為是不完整或不真實的,醫院可能重新評估我的財政狀況並採取其認為合適的任何行動。如果在本申請表之日期後我的支付能力顯著變化,我將通知醫院。

簽字: _____

姓名正楷: _____

與患者的關係: _____

日期: _____