

UPMC 经济援助申请信息

UPMC 通过 UPMC 设施和 UPMC 附属医生向符合条件的个人和家庭提供医疗保健经济援助。根据您的经济需要，可以减少付款，亦可以免费提供护理。

您可能符合经济援助的条件，如果您：

- 拥有有限的健康保险或无健康保险
- 不符合政府援助条件（如：Medicare 或 Medicaid）
- 可以证明您有经济需求
- 是 UPMC 提供者主要服务区的居民
- 向 UPMC 提供您家庭财务状况的必要信息
- 存在 UPMC 指南判定的超出您支付能力金额的医疗账单

关于申请过程

申请 UPMC 经济援助，请遵循以下步骤：

- 填写本数据包中的 UPMC 经济援助申请表。
 - > 包括清单中列举的支持文件。
 - > 请注意，您必须首先确认您是否符合条件获得某些承保您的护理的保险福利类型（如：工伤保险、汽车保险和医疗救助）。我们会向您展示如何获得相关的正确资源。
 - > 我们考虑您的收入和家庭规模，确定提供给您的经济援助水平。根据联邦贫困指标，我们使用浮动计算。
- 我们将与您联系，告知您是否有资格获得 UPMC 经济援助。
- 就 UPMC 经济援助未涵盖的剩余费用或账单，我们可以帮您安排付款计划。

提交申请

请将填写完整的申请表和收入证明材料复印件邮寄至：

UPMC Financial Assistance

Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

UPMC Kane 和 UPMC Susquehanna 的患者可将申请材料邮寄至下方相应的地址：

UPMC Kane

4372 Route 6
Kane, PA 16735
814-837-8585

UPMC Susquehanna

Financial Assistance Office
1205 Grampian Blvd.
Williamsport, PA 17701

1-800-433-0816 或 570-326-8196

如有任何疑问，请拨打免费电话 **1-800-371-8359**，按选项 2。可在 **UPMC.com/PayMyBill** 网站获取其他信息。

UPMC 经济援助 — 文件清单

您的申请表必须包括任何适用于您的以下文件的复印件。因为 UPMC 不能退还随申请表邮寄而来的任何文件，所以请附上复印件，而非原件。如果缺少任何文件，将会延迟处理您的申请。

如果您有以下收入或资产：

- 工资，薪水，小费
- 营业收入
- 社会保障收入
- 养老金或退休收入
- 股息和利息
- 租金和版税
- 失业补助
- 工伤补偿收入
- 赡养费和子女抚养费
- 法律判决收入
- 现金、银行账户以及货币市场账户
- 到期的存单、共同基金、债券或其他可变现不需交罚款的投资

附上家庭收入的其他证明，其可能包括：

- 社会保障 1099 表或资助证明
- 失业人员或工伤赔偿资助证明
- 最近 30 天的工资单
- 最近的 IRS 表 1040 和相应附表
- 如果您是自雇人士，则必须包括一份完整的含附表 C 和/或损益表纳税申报表
- 银行对账单、共同基金表、货币市场账户、货到付款单、债券等。（本月或上月对账单）
- 经济担保证明
- 其他收入，如信托基金、慈善基金等。（本月或上月对账单）

如果您没有收入：

如果您没有收入，请给我们邮寄一封经济担保证明。为您提供经济担保人士必须签署本信函。

医疗救助否决信

您需要申请医疗救助并邮寄否决信复印件，我们方可批准您的申请。

您填写和签署的经济援助申请表

请填写本表中适用于您的所有部分。请注意，申请经济援助的每个独立患者必须进行单独申请。

UPMC 经济援助 — 申请表

患者姓名：			
患者出生日期：		患者的社会保障号码：	
地址：		日间电话号码：	
市：	州：	备用电话号码：	
邮政编码：	县：		
雇主公司名称：		配偶的雇主公司名称：	

申请的服务： 勾选申请经济援助的服务类型。

服务提供方（选择所有适用项）：

UPMC 医院和诊所 UPMC 医生服务部 UPMC 癌症中心

如您已收到账单，请向我们提供您的账户或患者 ID 号： _____

您是否有医疗保险？ 是 否

过去六个月内您是否申请过医疗救助？ 是 否

> 如是，请附上否决信复印件。

家庭信息： 列出出现在您最新的 IRS 表 1040 中的所有家庭成员（包括家属）。如果您的家庭成员有单独的被认为是经济援助的 UPMC 医疗账单，则请在“UPMC 医疗账单”下进行勾选。

姓名	与患者关系	年龄	UPMC 医疗账单

家庭成员总人数（含患者）： _____

家庭月收入：提供您自己和其他家庭成员的月收入。同时附上您的收入证明文件的复印件（参见文件清单）。

每月总收入	自己	配偶和/或其他家庭成员
工资/自雇人士	\$	\$
社会保障	\$	\$
退休金或退休收入	\$	\$
股息和利息	\$	\$
租金和版税	\$	\$
失业金	\$	\$
工伤赔偿	\$	\$
赡养费和子女抚养费	\$	\$
现金	\$	\$
银行账户	\$	\$
货币市场账户	\$	\$
其他收入	\$	\$
家庭每月总收入	\$	\$

其他备注：

免责声明：我了解，我提供的信息将仅用作确定我在UPMC产生费用（医疗护理，包括医院和医生服务）的经济责任，并将予以保密。我了解，我邮寄的收入和资产证明材料不会被退还。我进一步了解，我提交的关于年度家庭收入和家庭规模的信息将受到UPMC的验证，必要时包括从我在该申请表中列出的雇主、银行和其他实体处获得的财务信息。我了解，如果我提供的任何信息被确定是虚假的，可能会完全改变经济援助审批结果，并且我将要承担所有费用的全部金额。

我的签名即表明我授权UPMC核实本表上提供的所有信息。我保证，据我所知，上述信息真实准确。

签名：_____

与患者关系：_____

日期：_____