

UPMC 经济援助申请信息

对于由 UPMC 机构和 UPMC 附属医生提供的医疗护理，UPMC 可为符合条件的个人和家庭提供经济援助。根据您的经济需要，可以减少或免去您的医疗费。

如果您符合以下条件，您可能有资格获得经济援助：

- 医疗保险有限制或无医疗保险
- 没有资格获得政府援助（例如，Medicare 或 Medicaid）
- 可以证明您有经济需要
- 是 UPMC 提供者的主要服务区域的居民
- 向 UPMC 提供有关您家庭经济状况的必要信息
- 有金额超过您的支付能力的医疗账单，这由 UPMC 指南确定

关于申请程序

要申请 UPMC 经济援助，请按照以下步骤操作：

- 填写此文件包中的 UPMC 经济援助申请表。
 - › 包括检查表中列出的证明文件。
 - › 请注意，您必须首先了解自己是否有资格享受某种可以覆盖您医疗的保险福利（例如，工伤补偿、车险和医疗援助）。我们可以帮助您了解如何获取合适的资源。
 - › 然后，我们将了解您的收入、资产和家庭人数，以确定可为您提供援助水平。我们根据联邦贫困指标使用浮动计算。
- 我们将与您联系，让您知道您是否有资格获得 UPMC 经济援助。
- 我们可以帮助您为 UPMC 经济援助未涵盖的所有剩余费用或账单制定付款计划。

提交申请

请将填写好的申请表和收入证明材料的副本邮寄至：

UPMC Financial Assistance
Quantum Building
2 Hot Metal St.
Pittsburgh, PA 15203

UPMC Kane 和 UPMC Somerset 的患者可以将申请材料邮寄至以下适当地址：

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

UPMC Somerset
收件人：出纳员
225 S. Center Avenue
Somerset, PA 15501
1-814-443-5002

如有任何疑问，请拨打免费电话 **1-800-371-8359**，然后按 **2**。也可以在网获取其他信息，网址为 **UPMC.com/PayMyBill**。

UPMC 经济援助 — 证明文件检查表

您的申请必须包括适用于您的以下任何文件的副本。请附上副本，而不是原件，因为 UPMC 无法退还与申请表一起邮寄的任何文件。如果缺少任何文件，将会延迟您的申请的处理。

如果您有收入或资产，例如：

- 工资、薪水、小费
- 营业收入
- 社会保障收入
- 退休金或退休收入
- 股息和利息
- 租金和版税
- 失业补助金
- 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

附上您的家庭收入证明，其中可能包括：

- 社会保障 1099 表格或授予书
- 失业或工伤赔偿授予书
- 最近 30 天的工资条
- 最新的 IRS 表 1040 和适当的附表
- 如果您是个体经营者，则必须在附表 C 和/或损益表中包括完整的纳税申报表
- 经济担保证明
- 其他收入，例如信托基金、慈善基金会等（本月或上月的对账单）

附上您的资产证明，其中可能包括：

- 银行对账单、共同基金对账单、货币市场账户、COD、债券等（所有账户的本月或上月的对账单）

如果您没有收入：

- 如果您没有收入，请寄给我们一份经济担保证明。为您提供证明的人员必须在证明上签名。

医疗救助拒绝书

- 您需要申请医疗救助并送出一份拒绝书，我们才能批准您的申请。

您填写并签名的经济援助申请表

- 请填写表格中所有适用于您的部分。请注意，对于每个申请经济援助的患者，都必须为其填写单独的申请表。

UPMC 经济援助 — 申请表

患者姓名:			
患者的出生日期:		患者的社会安全号码:	
地址:		日间电话号码:	
市:	州:	备用电话号码:	
邮政编码:	县:		
雇主名称:		配偶的雇主名称:	

请求的服务: 勾选您正在申请经济援助的服务。

这些服务的提供者是（勾选所有适用项）：

UPMC 医院和诊所 UPMC 医生服务部 UPMC 癌症中心

如果您已经收到账单，请向我们提供您的帐户或患者 ID 号： _____

您是否有健康保险？ 是 否

您在过去六个月中是否申请了医疗救助？ 是 否

> 如果是，请附上拒绝信的副本。

家庭信息: 列出您最新的 IRS 表 1040 上的所有家庭成员，包括家属。如果您的家庭成员有单独的 UPMC 医疗账单，应在申请经济援助予以考虑，请选中“UPMC 医疗账单”下的方框。

姓名	与患者的关系	年龄	UPMC 医疗账单
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

家庭成员总数（包括患者）： _____

家庭月收入： 请提供您自己和其他家庭成员的月收入。也请附加您的收入和资产证明文件（查看文件检查清单）。

月总收入	自己	配偶和/或其他家庭成员
工资/自雇	\$	\$
社保	\$	\$
养老金或退休收入	\$	\$
股息和利息	\$	\$
租金和版税	\$	\$
失业金	\$	\$
工伤补偿	\$	\$
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	\$	\$
家庭月总收入	\$	\$

其他说明：

免责声明： 我了解，我提供的信息仅用于确定我对于 UPMC 的收费（医疗保健，包括医院和医师服务）的财务责任，并将被保密。我了解，我送出来证明我的收入和资产的材料将不会退还。我进一步了解，我提交的有关我的家庭年收入和家庭规模的信息将由 UPMC 进行验证，包括在必要时从雇主、银行和我在本申请中列出的其他实体获得财务信息。我了解，如果我提供的任何信息被认定是虚假的，则可能会导致经济援助批准被撤销，我将对所有费用全额负责。

我在本表格上签名，即表示我授权 UPMC 核实在本表格上提供的全部信息的真实性。我保证，就我所知，上述信息是真实准确的。

签名： _____

与患者的关系： _____

日期： _____