

醫院財務援助申請書

對本申請作出的任何批准乃屬暫時，在批准日期起 12 個月內有效

| | |
|--|-------------|
| 醫院： <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants | 日期： |
| 患者： | 擔保人/配偶： |
| 醫療記錄號碼： | 醫療記錄號碼： |
| 出生日期： | 社會安全號碼（如有）： |
| 社會安全號碼（如有）： | 家庭電話： |
| 家庭電話： | 公司電話： |
| 公司電話： | 與患者關係： |
| 家庭住址： | 地址： |
| 職業和公司： | |
| 公司地址： | |
| 語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 非英語 | |
| 族群： <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 無法識別族群 | |
| 種族： <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他或多種族 <input type="checkbox"/> 無法識別種族 | |

請填寫家中所有成員的以下資訊，患者或擔保人除外。

| | | | |
|------------|----------------|-------|---------|
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 月收入 | 資產 | | |
| 患者薪資和工資： | 存款： | | |
| 配偶薪資和工資： | 活期存款： | | |
| 擔保人薪資和工資： | 定期存單 (CD)： | | |
| 個體經營收入： | 貨幣市場賬戶： | | |
| 育兒補貼： | 儲蓄債券： | | |
| 租金收入： | 股票： | | |
| 失業補償： | 債券： | | |
| 暫時失能保險： | 共同基金： | | |
| 子女撫養費： | 個人退休金賬戶 (IRA)： | | |
| 配偶贍養費： | 401(k)： | | |
| 工傷賠償： | 403(b)： | | |
| 退伍軍人撫恤金： | 457 計劃： | | |
| 社會安全給付： | 現金價值人壽保險： | | |
| 股息和利息收益： | 個人財產： | | |
| 版稅： | 第 2 項家庭和出租物業： | | |
| 養老金： | 第 2 輛機動車輛： | | |
| 公共援助： | 總計： | | |
| 其他： | | | |
| 月收入： | | | |
| 年收入： | | | |

「本人請求醫院就本人是否有資格獲得財務援助作出裁決。本人知道，此資訊屬保密性質且需要接受醫院核查。本人也明白，如果提供的資訊有誤，則本人的財務援助申請可能被拒，並且需要承擔醫院提供之服務產生的費用。本人特此證明，據本人所知，此申請書中的資訊完整且準確無誤，且本人瞭解申請過程及相關責任。」

患者簽名：_____ 日期：_____

醫院代表簽名：_____ 日期：_____

僅供內部目的使用

批准人：_____ 日期：_____

否決人：_____ 日期：_____

保險範圍：_____ 醫療援助： 是 否

與工傷或其他類型事故相關的服務： 是 否

備註：_____

家庭人口：_____ FPG 水平：_____ %FPG：_____

折扣 (%)：_____ 折扣 (\$)：_____

患者責任上限：_____

醫院財務援助申請書-保險金額不足

對本申請作出的任何批准乃屬暫時，在批准日期起 12 個月內有效

| | | |
|--|-------------|-----|
| 醫院： <input type="checkbox"/> Butler <input type="checkbox"/> Kent <input type="checkbox"/> Memorial <input type="checkbox"/> Women & Infants | | 日期： |
| 患者： | 擔保人/配偶： | |
| 醫療記錄號碼： | 醫療記錄號碼： | |
| 出生日期： | 社會安全號碼（如有）： | |
| 社會安全號碼（如有）： | 家庭電話： | |
| 家庭電話： | 公司電話： | |
| 公司電話： | 與患者關係： | |
| 家庭住址： | 地址： | |
| | | |
| 職業和公司： | | |
| 公司地址： | | |
| | | |
| 語言： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 非英語 | | |
| 族群： <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 非西班牙裔 <input type="checkbox"/> 無法識別族群 | | |
| 種族： <input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 其他或多種族 <input type="checkbox"/> 無法識別種族 | | |

請填寫家中所有成員的以下資訊，患者或擔保人除外。

| | | | |
|-----------|-------------|-------|---------|
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |
| 姓名和與患者關係： | 社會安全號碼（如有）： | 出生日期： | 醫療記錄號碼： |
| 公司、電話和地址： | 家庭住址： | | |

| 月收入 | 數額 | 資產 | 數額 | 月支出/負債 | 數額 |
|----------|----|---------------|-----|---------------------|-----|
| 患者薪資和工資 | | 存款 | | 貸款或租金繳付 | |
| 配偶薪資和工資 | | 活期存款 | | 當前餘額_____ | |
| 擔保人薪資和工資 | | 定期存單 (CD) | | 房產稅（如未計入貸款款項） | |
| 個體經營收入 | | 貨幣市場賬戶 | | 公共設施： 瓦斯/電力/油品_____ | |
| 育兒補貼 | | 儲蓄債券 | | 纜線/網際網路_____ | |
| 租金收入 | | 股票 | | 電話_____ | |
| 失業補償 | | 債券 | | 自動扣款或租賃付款 | |
| 暫時失能保險 | | 共同基金 | | 當前餘額_____ | |
| 子女撫養費 | | 個人退休金賬戶 (IRA) | | 信用卡付款 | |
| 配偶贍養費 | | 401(k) | | 當前餘額_____ | |
| 退伍軍人撫恤金 | | 403(b) | | 分期貸款 | |
| 社會安全給付 | | 457 計劃 | | 當前餘額_____ | |
| 股息和利息收益 | | 現金價值人壽保險 | | 汽車保險 | |
| 版稅 | | 個人財產 | | 屋主保險 | |
| 養老金 | | 第 2 項家庭和出租物業 | | 醫療支出 | |
| 公共援助 | | 其他機動車輛 | | 雜貨 | |
| 其他 | | | | 其他支出 | |
| 月收入： | | | | | |
| 年收入： | | | 總計： | | 總計： |

「本人請求醫院就本人是否有資格獲得財務援助作出裁決。本人知道，此資訊屬保密性質且需要接受醫院核查。本人也明白，如果提供的資訊有誤，則本人的財務援助申請可能被拒，並且需要承擔醫院提供之服務產生的費用。本人特此證明，據本人所知，此申請書中的資訊完整且準確無誤，且本人瞭解申請過程及相關責任。」

患者簽名：_____ 日期：_____

醫院代表簽名：_____ 日期：_____

僅供內部目的使用

批准人：_____ 日期：_____

否決人：_____ 日期：_____

保險範圍：_____ 醫療援助： 是 否
與工傷或其他類型事故相關的服務： 是 否

備註：_____

家庭人口：_____ FPG 水平：_____ %FPG：_____

折扣 (%)：_____ 折扣 (\$)：_____

患者責任上限：_____

Financial Assistance Policy

Exhibit 3

CNE FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM 2023 FINANCIAL ELIGIBILITY GUIDELINES

Effective 3/1/2023

| Percent of Poverty Level: | | 200% | 210% | 220% | 230% | 240% | 250% | 260% | 270% | 280% | 290% | 300% |
|---------------------------|---------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Family Size | FPG | | | | | | | | | | | |
| 2023 Patient liability | | 0% | 20% | 40% | 60% | 80% | 90% | 90% | 90% | 95% | 95% | 95% |
| 1 | 14,580 | 29,160 | 30,618 | 32,076 | 33,534 | 34,992 | 36,450 | 37,908 | 39,366 | 40,824 | 42,282 | 43,740 |
| Max Liability Per Year | | | 3,062 | 3,208 | 3,353 | 3,499 | 3,645 | 3,791 | 3,937 | 4,082 | 4,228 | 4,374 |
| 2 | 19,720 | 39,440 | 41,412 | 43,384 | 45,356 | 47,328 | 49,300 | 51,272 | 53,244 | 55,216 | 57,188 | 59,160 |
| Max Liability Per Year | | | 4,141 | 4,338 | 4,536 | 4,733 | 4,930 | 5,127 | 5,324 | 5,522 | 5,719 | 5,916 |
| 3 | 24,860 | 49,720 | 52,206 | 54,692 | 57,178 | 59,664 | 62,150 | 64,636 | 67,122 | 69,608 | 72,094 | 74,580 |
| Max Liability Per Year | | | 5,221 | 5,469 | 5,718 | 5,966 | 6,215 | 6,464 | 6,712 | 6,961 | 7,209 | 7,458 |
| 4 | 30,000 | 60,000 | 63,000 | 66,000 | 69,000 | 72,000 | 75,000 | 78,000 | 81,000 | 84,000 | 87,000 | 90,000 |
| Max Liability Per Year | | | 6,300 | 6,600 | 6,900 | 7,200 | 7,500 | 7,800 | 8,100 | 8,400 | 8,700 | 9,000 |
| 5 | 35,140 | 70,280 | 73,794 | 77,308 | 80,822 | 84,336 | 87,850 | 91,364 | 94,878 | 98,392 | 101,906 | 105,420 |
| Max Liability Per Year | | | 7,379 | 7,731 | 8,082 | 8,434 | 8,785 | 9,136 | 9,488 | 9,839 | 10,191 | 10,542 |
| 6 | 40,280 | 80,560 | 84,588 | 88,616 | 92,644 | 96,672 | 100,700 | 104,728 | 108,756 | 112,784 | 116,812 | 120,840 |
| Max Liability Per Year | | | 8,459 | 8,862 | 9,264 | 9,667 | 10,070 | 10,473 | 10,876 | 11,278 | 11,681 | 12,084 |
| 7 | 45,420 | 90,840 | 95,382 | 99,924 | 104,466 | 109,008 | 113,550 | 118,092 | 122,634 | 127,176 | 131,718 | 136,260 |
| Max Liability Per Year | | | 9,538 | 9,992 | 10,447 | 10,901 | 11,355 | 11,809 | 12,263 | 12,718 | 13,172 | 13,626 |
| 8 | 50,560 | 101,120 | 106,176 | 111,232 | 116,288 | 121,344 | 126,400 | 131,456 | 136,512 | 141,568 | 146,624 | 151,680 |
| Max Liability Per Year | | | 10,618 | 11,629 | 12,134 | 12,640 | 13,146 | 13,651 | 14,157 | 14,662 | 15,168 | 15,674 |

*For families with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person.

*Asset protection threshold; Individual \$9,400, Family \$14,100

AGB
 FY 23 Butler 31%, Kent 28%, W/II 35%
 FY 22 Butler 30%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 21 Butler 46%, Kent 31%, W/II 34%
 FY 20 Butler 47%, Kent 31%, W/II 35%

RI Medicaid GL \$ 18,075

经济援助政策

附表 4

一般收费金额 (AGB)

根据 IRC 第 501(r) (5) 条的规定，CNE 采用回溯法计算一般收费金额 (AGB) 百分比。一般收费金额 (AGB) 百分比是每年通过 Medicare Fee-for-Service 以及所有私人健康保险公司在前 12 个月期间允许的所有索赔的全部金额除以这些索赔的相关总费用之和来计算的。CNE 将采用适用的一般收费金额 (AGB) 百分比和总收费金额共同确定一般收费金额 (AGB)。

有资格根据本经济援助政策获得经济援助的个人对紧急医疗服务或其他必需医疗服务支付的费用不会超过一般收费金额 (AGB)。获得经济援助资格的个人将按照一般收费金额 (AGB) 或本政策提供的折扣中的较低者支付费用。

2022 年 10 月 1 日生效:

Butler Hospital 31%

Kent County Memorial Hospital 28%

Women and Infants Hospital 35%

財務援助政策

附件 2

財務援助計劃要求 – 未投保患者

以下文件（如適用）必須隨 Care New England 財務援助申請一同提交。

- 1) 最近一年提交的報稅表及證明文件。
- 2) 收入記錄*（請參見下文的詳細說明）
 - a) 當前工資單（至少 4 週）
 - b) 殘障批准函
 - c) 社保批准函（如果提供了直接存款和銀行結單，則予以免除）
 - d) 父母收入（報稅表）（當申請財務援助的人士為學生時）
- 3) 資產記錄**（請參見下文的詳細說明）
 - a) 銀行結單（包括存款、支票、投資賬戶報告、年金、定期存單、貨幣市場賬戶、股票、債券、養老金以及個人退休賬戶）
 - b) 壽險保單的現金價值。
 - c) 個人財產（主要住所和個人用的機動車除外）
- 4) 醫療援助和/或 HealthSource RI 批准/拒絕
- 5) 死亡證明副本（如適用）。
- 6) 學生身份證明（如適用）。
- 7) 佐證書（如適用）。

*收入記錄：收入指來自薪金、工資、自營收入、兒童保育收入、租金收入、失業補償金、臨時殘障保險、子女撫養費、贍養費、工傷賠償金、退伍軍人福利、社保付款、股息和利息收入、版稅、個人和公共養老金以及公共援助的實際或預計年度稅前現金總收入。收入還包括罷工津貼、彩票中獎和賭博贏錢的淨收入，以及就在醫院服務尋求財務援助的曆年收到的一次性保險付款或傷害賠償。

**資產記錄：資產指現金、現金等價物以及其他可轉換成現金的硬資產，包括所持現金、存款賬戶、支票賬戶、定期存單（CD）、貨幣市場賬戶、股票（普通股和優先股）、債券、共同基金、個人退休賬戶、401(k) 計劃、403(b) 計劃、457 計劃、壽險保單的現金價值、個人財產、機動車（個人用的除外）、第二住所以及租賃物業。資產不包括主要住所和個人用的機動車。