

## 财务补助政策（简明版本）

HMH Hospitals Corporation（简称“医院”）财务补助政策以及慈善医疗/儿童医疗/医疗补助财务补助政策（以下统称为“财务补助政策”）旨在为符合条件的患者提供医院的部分补助或全额补助的急诊服务或其他必要医疗保健服务。患者如想取得财务补助，须提出财务补助申请。财务补助计划概述如下。

**符合条件的服务项目**——由医院提供并收费的急诊服务或其他必要医疗保健服务。财务补助政策仅适用于医院收费的服务项目。其他方（如医生或实验室）单独收费的其他服务项目不符合财务补助政策的资格。

**符合条件的患者**——系指接受符合条件的服务项目、已提交完整的财务补助申请（包括相关文件/信息），并经医院确定符合财务补助资格的患者。

**网址：**财务补助信息可在以下网站在线查看：<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

**如何申请**——财务补助政策和相关申请表可按以下方式获得：

**申请：**申请人如欲申请财务补助，需完成初步筛选以确定是否具备获得财务补助的资格，并且/或者填写/签署申请表。（注：关于慈善医疗，各个医院有各自具体的政策，因此，如果在多个医院享有该服务，须提交多份申请。）患者可通过以下任一种方式免费申请：

**邮寄申请、电话申请或当面申请：**如欲邮寄申请，请于星期一至星期五致函以下地址，由财务补助部人员亲自签收。各医院的营业时间不同（见下文），也可通过电话申请：

**Bayshore Medical Center (Attn: Charity Care)**

727 N Beers St  
Holmdel, NJ 07733 732-902-7080

**Hackensack University Medical Center**

100 First Street, Suite 300  
Hackensack, NJ 07601 551-996-4343

**Jane H Booker Family Health Center**

1828 W Lake Ave # 202  
Neptune, NJ, 07753 732-902-7080

**Jersey Shore University Medical Center**

1945 Route 33  
Neptune, NJ, 07753 732-902-7080

**JFK University Medical Center (Attn: Charity Care)**

80 James Street, 3rd Fl  
Edison, NJ 08818 732-321-7534  
*提前预约就诊*

**Ocean University Medical Center (Attn: Charity Care)**

425 Jack Martin Boulevard  
Brick, NJ 08724 732-902-7080

**Palisades Medical Center (Attn: Charity Care)**

7600 River Road  
North Bergen, NJ, 07047 201-854-5092

**Old Bridge Medical Center** (Attn: Charity Care)  
One Hospital Plaza  
Old Bridge, NJ 08857 732-902-7080

**Raritan Bay Medical Center** (Attn: Charity Care)  
530 New Brunswick Ave  
Perth Amboy, NJ 732-902-7080

**Riverview Medical Center** (Attn: Charity Care)  
1 Riverview Plaza  
Red Bank, NJ 07701 732-902-7080

**Southern Ocean Medical Center** (Attn: Charity Care)  
1140 Route 72 W  
Manahawkin, NJ 08050 732-902-7080

慈善医疗财务补助申请也可从 [Hackensack Meridian Health](https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance) 网站打印，如欲打印，请点击网址：  
<https://www.hackensackmeridianhealth.org/en/Pay-Bill/Financial-Assistance>

**语言**——关于本医院的主要服务区域内占比百分之五（5%）或共计 1000 人（以较小者为准）的英语水平有限（"LEP"）的人群，财务补助政策、申请和简明摘要均以该人群的主要语言提供。

#### 申请流程概述——

- 患者填写书面申请表，申请表中要求提供家庭收入、家庭资产、家庭人数
- 要求提供居住证明，可以新泽西州驾驶证、水电气费账单或其他佐证单据的形式提供。
- 将审查申请表的内容是否完整准确。
- 如有任何缺失信息，将要求患者补交。
- 将向患者发送申请批准书或驳回书。
- 填写完整的申请表可按上述地址之一，寄到财务补助部。

**财务补助资格的确定**——申请人如要获得财务补助资格，一般按物价计酬法，家庭收入需为联邦政府的联邦贫困线（FPG）的 600%或以下。

获得财务补助资格是指符合资格的患者的医疗费用将获得全额补助或部分补助，其医疗收费金额不会超过拥有医疗服务保险的个人的“普通收费金额”（AGB）（“普通收费金额”的定义见美国国税局《国内税收法》第 501 条第(r)款的定义）。如果家庭收入为联邦贫困线的 500%或以下，则财务补助水平仅根据家庭收入和联邦贫困线来确定。

注：除联邦贫困线以外，也考虑其他标准（例如，有无现金或其他可转换为现金的资产，家庭月净收入减去家庭月支出的余额），这可能导致不执行前条规定。如果未列报家庭收入，则需要提供家庭如何满足日常需求的信息。医院财务补助部负责审查所收的申请的内容是否完整，根据医院的财务补助政策确定财务补助资格。内容不完整的申请不予考虑，届时将通知申请人，给予申请人提供缺失文件/信息的机会。（注：关于慈善医疗，各个医院有各自具体的政策，因此，如果在多个医院享有该服务，须提交多份申请。）

财务补助可通过电话申请或邮寄申请获得，邮寄申请需按上述地址邮寄，收件人为财务补助部（周一至周五上午 8:00 至下午 4:00）。