



您好：

支付您的医疗保健费用可能会花费很多。我们希望确保您得到您需要的所有帮助。这封信随附的是一份财务援助申请。即使您有保险，您仍然可以申请财务援助。它可以帮助您支付如共付额、扣除额或共同保险等费用。

资格取决于您的年收入，年收入按照您家庭在过去 4 周内获得的总收入（扣除任何金额前的总收入）计算。

请填写申请并返回所有要求的支持材料。

这里是一些收入证明的例子：

- 如果您有报税义务，则为最近的联邦纳税申报表。
- 最近连续 4 周的工资存根。根据您的收入情况，这可能是：
 - 如果每周发薪，则为 4 张存根
 - 如果每两周发薪，则为 2 张存根
- 如果自雇，则为最近一个月的分项损益表
- 本年度社会保障福利信函/退休金报表等
- 当前一般援助信函
- 过去 4 周的失业或薪酬福利声明
- 您在过去 4 周获得的其他收入证明，如子女抚养费、赡养费、津贴、彩票中奖或奖金
- 无收入？ 提供说明您当前情况以及您生活来源的声明。如果您依靠储蓄生活，请提供您最近一个月的银行账单。

未附上所有必要文件的申请将不予接受，并将退还给您。如果申请表附齐所需文件，您预计会在 60 天内收到我们的回复。**批准并不是财政援助的保证，一些例外情况确实适用。**

请注意，在此过程中，您的帐户**将不会冻结**，并且将继续计入账龄。您必须继续配合此流程，在被要求时提供额外信息，以防止可能的催收。付款计划需要信用卡或存档的银行信息，以便每月处理付款计划。

如有任何疑问，请拨打免费电话 (866) 804-2499 联系我们的办公室。

谢谢！

MaineHealth 患者财务服务

通知

为无法支付的人提供免费医疗护理 — 2025

缅因州法律规定，必须向收入低于联邦贫困水平 150% 的缅因州居民提供免费医疗护理。MaineHealth 为所有收入在贫困水平 200% 及以下的患者提供完全免费护理。在纪念医院和/或其他隶属于 MaineHealth 医生诊所接受护理的新罕布什尔居民，也可能有资格参加免费护理计划。

家庭规模	150%	200%
1	\$23,475.00	\$31,300.00
2	\$31,725.00	\$42,300.00
3	\$39,975.00	\$53,300.00
4	\$48,225.00	\$64,300.00
5	\$56,475.00	\$75,300.00
6	\$64,725.00	\$86,300.00
7	\$72,975.00	\$97,300.00
8	\$81,225.00	\$108,300.00
每增加一人	\$8,250.00	\$11,000.00

如需申请财务援助，请联系我们：

- 患者财务服务办公室免费电话：866-804-2499，正常办公时间：周一至周五上午 8 点至下午 4 点 30 分。

费用不会超过一般向 Medicare 收取的金额

如果您根据我们的政策获得了财务援助批准，并且您的批准未能涵盖我们服务收取费用的 100%，则不会因急诊或其他医学必要护理向您收取高于一般向有保险的患者收取的金额。

仅必要的医疗护理才会作为免费护理提供。如果您不符合免费医疗护理的资格，您可以申请公平听证。我们将告诉您如何申请公平听证。

MaineHealth 财务咨询

财务援助或延长付款计划申请表

我申请: 财务援助 延长付款计划 两者皆是

申请人信息

名字	姓氏	出生日期
地址	城市/州/邮编	电话
婚姻状况 (可选)	雇主 (列出最近 4 周的所有雇主)	开始日期和工资

配偶/共同申请人信息 (仅限已婚或注册的同居伴侣)

名字	姓氏	出生日期
电话号码	雇主	开始日期和工资

受抚养人 (年龄在 18 岁以下并且目前与申请人一同居住的所有申请人)

姓名	出生日期	与申请人的关系	MaineCare ID 编号

家庭收入

申请人及其家庭必须提供上一年度完整的纳税申报表, 或提供无收入声明。

如果家庭收入来源为:	每月金额:	申请人必须提供:
雇主发放的收入/工资	\$	过去 4 周或过去 12 个月的工资单或工资明细报告 每项工作显示总收入以及上一年的完整联邦纳税申报表。
自雇/出租收入	\$	最近一个月或 12 个月的损益表以及上一年的完整联邦纳税申报表。
失业、短期伤残 (STD)、 长期伤残 (LTD) 或工人 补偿福利	\$	显示最近 4 周或 12 个月总收入的每周索赔报告, 或来自雇主的薪酬明细, 显示残疾津贴支付。
社会保障或社会安全残疾 保险 (SSDI)	\$	本年度福利信函。如需索取您的福利信函副本, 请致电 1-800-772-1213 或访问 www.ssa.gov 。不接受 1099 表格
退休或退休金福利	\$	显示发放总金额的福利信函或声明 (401K、IRA 等)。
综合援助	\$	本月综合援助福利信函。
最近 3 个月没有收入	\$	声明您收到的资助, 并由提供资助者签名。如果靠储蓄生活, 您还需要提供最近月份的银行对账单。
赡养费/子女抚养费	\$	法庭颁令或 4 周的兑现支票/收据的副本。
股息/利息	\$	季度股息表或最近月份的银行报表。
其他	\$	最近 4 周的彩票奖金、非工资收入、零工现金收入等。

请转到表格的另一面。

MaineHealth 拥有能够为您提供帮助的资源：

可将缅因州和新罕布什尔州的居民转介至 MaineHealth 患者援助团队，该团队将通过筛选来确定居民是否能够参加 MaineCare/NH Medicaid 或其他州政府和联邦政府项目。如需获取更多信息，您可直接致电 1-833-644-3571 联系我们。

缅因州居民也可以通过致电 1-800-442-6003 或访问 <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html> 申请 MaineCare

新罕布什尔州居民也可通过致电 1-603-447-3841 或访问 <https://nheasy.nh.gov> 申请 NH Medicaid

*如果您只申请财务援助，则无需填写支出信息。

仅限延长付款计划

申请每月付款: \$ _____

为了证明申请延期付款计划的必要性，请包括以下有关家庭开支的信息

请列出所有适用于申请人家庭的每月开支：

支出:	每月付款:	支出:	每月付款:	支出:	每月付款:
住房（贷款/租金）	\$	气/油（供暖）	\$	信用卡	\$
财产税	\$	个人/房屋净值贷款	\$	医疗费	\$
房主/租客保险	\$	托儿费	\$	其他费用:	
<u>公用事业（水电气）:</u>		401K/403B（如果从工资支票中扣除，则无需重复计算）	\$		\$
家庭电话/手机	\$	汽车贷款	\$		\$
电	\$	汽车保险	\$		\$
供水/污水	\$	车用汽油	\$		\$
有线电视和卫星电视	\$	杂货/家居用品	\$		\$
互联网	\$	宠物费用	\$		\$

您可将填妥的申请表格和文件寄送至：

邮寄地址: MaineHealth – PFS 收件人：财务咨询 22 Bramhall Street Portland, ME 04102	传真至: (207)-661-8043	在 MyChart 上申请和上传文件： mychart.mainehealth.org
--	------------------------	--

请切记提交您的收入证明文件的副本。

尽我所知所信，我申明，所提供的信息（包括收入）全属真实并准确无误。我清楚，我所提交的有关我的年收入和家庭人数的信息需要经 MaineHealth 验证。我也明白，如果我所提交的任何信息被判定为虚假，则此类判定将导致提供财政援助服务被拒绝的后果，并且我将要承担已提供服务之费用。

申请人签名_____ 共同申请人签名_____ 日期_____ 日期_____

有关此申请的问题，请拨打免费电话 (866) 804-2499 联系我们的客户服务团队。