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 3 个月获得的总收入（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 13 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 13 张存根
    - 如果每两周发薪，则为 7 张存根
- 如果自雇，则为最近 3 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 3 个月的失业或薪酬福利声明
- 您在过去 3 个月收到的其他收入证明，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。本声明需要由提供支持的人员签署。

如果申请表附齐所需文件，您预计会在 45 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。**

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

为无法支付的人提供免费医疗护理 — 2026

缅因州法律规定，必须向收入等于或低于联邦贫困水平 200% 的缅因州居民提供免费医疗护理。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	200%
1	$31,920.00
2	$43,280.00
3	$54,640.00
4	$66,000.00
5	$77,360.00
6	$88,720.00
7	$100,080.00
8	$111,440.00
每增加一人	$11,360.00

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。

扫描二维码申请或了解更多信息

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。

免费护理除外情形/有限服务范围

- 整容手术，一项仅为改善患者外貌而进行的手术（不包括重建手术）不在免费护理范围内。
- 在医生提供医疗必要性的书面声明时，减肥手术才纳入免费护理范围。
- 牙科手术，仅为拔除感染或阻生牙而进行的手术，只有在医生提供医疗必要性的书面声明时，才纳入免费护理范围。
- 与不孕症相关的程序不在免费护理范围内
- 只有在医生提供医疗必要性的书面声明时，与绝育相关的程序才纳入免费护理范围。
- 零售药房

财务援助政策

MaineHealth 财务援助政策可在我们的网站 MaineHealth.org 的财务援助部分找到。副本也可在以下地点获取：

- *MaineHealth Behavioral Health at Spring Harbor, 123 Andover Road, Westbrook, ME 04092*
- *MaineHealth Franklin Hospital, 111 Franklin Health Commons, Farmington, ME 04938*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 35 Miles Street, Damariscotta, ME 04543*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 6 St. Andrews Lane, Boothbay Harbor, ME 04538*
- *MaineHealth Maine Medical Center Biddeford, 1 Medical Center Drive, Biddeford, ME 04005*
- *MaineHealth Maine Medical Center Portland, 22 Bramhall Street, Portland, ME 04102*
- *MaineHealth Maine Medical Center Sanford, 25 June Street, Sanford, ME 04073*
- *MaineHealth Memorial Hospital, 3073 White Mountain Highway, North Conway, NH 03860*
- *MaineHealth Mid Coast Hospital, 123 Medical Center Drive, Brunswick, ME 04011*
- *MaineHealth Pen Bay Hospital, 6 Glen Cove Drive, Rockport, ME 04856*
- *MaineHealth Stephens Hospital, 181 Main Street, Norway, ME 04268*
- *MaineHealth Waldo Hospital, 118 Northport Avenue, Belfast, ME 04915*

MaineHealth 财务援助政策提供英语、阿拉伯语、中文（简体）、法语、葡萄牙语、索马里语、西班牙语和越南语版本。

MaineHealth 财务咨询

申请财务援助或延期付款计划

我申请：财务援助 ☐延期付款计划☐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 3 个月的所有雇主）	开始日期和工资

配偶/共同申请人信息（已婚/注册的同居伴侣）

名字	姓氏	出生日期
电话	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子女）

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	$	最近 13 周或最近 12 个月的工资单或来自每份工作的薪酬明细报告（需要显示总收入）及上一年度完整的联邦报税表。
自雇/ 出租收入	$	最近 3 个月或 12 个月的损益表和上一年度完整的联邦报税表。
失业、短期伤残 (STD)、长期伤残 (LTD) 或工人 补偿福利	$	每周索赔报告，需要显示最近 13 周或 12 个月的总收入或来自雇主的薪酬明细，需要显示残疾付款。
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 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	$	解释您获得的支持的书面声明。本声明需要由提供支持的人员签署。
赡养费/子女抚养费	$	法庭颁令或 13 周的兑现支票/收据的副本。
股息/利息	$	季度股息报表
其他	$	最近 13 周的彩票奖金、非工资收入、零工现金收入等。

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 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 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。**

仅延期付款计划 **要求 每月付款：美元__**

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。请提供水电费账单和儿童看护证明。1 个月的水电费和日托费用账单副本或商家的收据。

请列出所有适用于申请人家庭的每月支出：

支出	每月付款	支出	每月付款	支出	每月付款
住房，包括房产税和房主/承租人保险。（抵押/租赁）	$	气/油（供暖）	$	信用卡	$
		学生贷款	$	医疗费	$
公用事业（水电气）：		托儿费	$	**其他费用：**	
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：	**传真至：**	**在 MyChart 上申请和上传文件：**
MaineHealth - PFS 收件人：财务咨询 25 June Street Sanford, ME 04073	207-661-8043 **网站：** mainehealth.org	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：_____日期：_____

共同申请人签名：_____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。