

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人： St. David's Healthcare 理事会	页码：第 1 页，共 8 页

St. David's Healthcare Partnership (SDHP) 将依据本政策确立的框架，核实在紧急和医疗必要护理方面有资格获取经济资助的患者信息。

为了确保所有的患者充分了解本政策，SDHP 保证：

- 有关《经济资助政策》的信息、政策简明摘要、《经济资助申请表》及填写说明，可以从 SDHP 网站 <http://www.stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-care.aspx> 上获取，分为英语、西班牙语、越南语、简体中文、韩语和阿拉伯语六个版本。
- 登记时，患者会领到一份文件，说明有无保险折扣以及其他可用折扣（附件 1）。
- 《经济资助申请表》可在医院领取，也可以邮寄获取。
- 所有挂号点会有突出显示慈善使命和指导方针信息的符号。
- 患者将收到一本名为《医院收费指南》的患者手册。本手册对计费流程作出了说明，也提供了关于《经济资助政策》的信息。
- SDHP 医院附近的地方非营利组织均有本政策摘要。

## 慈善医疗资格制度

**申请表**。为了获得慈善医疗资格，SDHP 要求填写 SDHP 《经济资助申请表》（附件 2）。

<b>名称：经济资助政策</b>	
生效日期：2013年12月13日 修订生效日期：2017年11月28日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人：St. David's Healthcare 理事会	页码：第 2 页，共 8 页

《经济资助申请表》、《经济资助政策》以及经济资助政策简明摘要，可发送书面申请（请说明英语、西班牙语、越南语、简体中文、韩语或阿拉伯语）至下列地址获取。如果您需要帮助，可联络下列地址的患者账户服务或拨打下列电话号码：

***Patient Account Services***  
***6000 N.W.Parkway Ste.124***  
***San Antonio, TX 78249***

Georgetown Hospital	<b>866-396-1025</b>
Heart Hospital of Austin	<b>866-291-3547</b>
North Austin Medical Center	<b>866-391-2015</b>
Round Rock Medical Center	<b>866-391-2017</b>
South Austin Hospital	<b>866-391-2018</b>
St. David's Medical Center	<b>866-391-2021</b>
St David's Surgical Hospital (圣大卫外科医院)	<b>855-890-3304</b>

申请后，将依据州法律以及下文的收入和文件要求收集信息。如需多次往返医院，SDHP 将在与患者或责任方后续相见时，重新向患者或责任方核实申请书和收入信息；但是，必须在十二个月后取得新的申请书和新的证明文件。

直系家庭成员计算申请经济资助的患者必须核实其家庭中的直系家庭成员数量。

**成人。**计算一名成人患者的家庭成员数量时，包括患者本人、患者的配偶及任何受养人。

**未成年人。**计算一名未成年患者的家庭成员数量时，包括患者本人、患者的母亲、患者母亲的受养人、患者的父亲以及患者扶贫的受养人。

收入计算。患者必须提供其家庭的年收入。

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人： St. David's Healthcare 理事会	页码：第 3 页，共 8 页

**成人。**对于成人患者，“年收入”依据本政策“经济困难”或“医疗困难”的分类，指患者及患者配偶的年收入总和。

**未成年人。**若患者是未成年人，“年收入”指患者、患者母亲和患者父亲的年收入总和。

**收入核实。**患者或责任方必须依据下文列出的“文件要求”核实《经济资助申请》上报告的收入金额。

文件要求。《经济资助申请》上报告的收入，可以通过下列任何途径核实：

**收入指标。**提供第三方财务文件，可包括（但不限于）IRS 表 W-2、工资和税务报表、工资支票单、个人纳税申报单、雇主电话核实、银行对账单、社保缴费单、失业保险缴费通知或失业补偿金确认函。此外，公司会考虑邮编显示的患者居住地的人口经济状况。

**加入公共福利计划。**提供表明目前已加入公共福利计划的文件，如 Medicaid、County Indigent Health Program、AFDC、粮食券、WIC、Texas Healthy Kids、儿童健康保险计划 (Children's Health Insurance Program)，或其他类似的贫困相关计划。加入上述任何计划的证明，需要与填写好的《经济资助申请表》一同提交。

核实流程。在确认患者总收入时，SDHP 可考虑患者的其他财务资产和负债，以及患者的家庭收入和患者家庭的偿付能力。若经确认患者有能力支付剩余费用，则该确认不妨碍在提交其他文件后，重新评估患者的偿付能力。

收入核实前的分类。SDHP 可以在服务之前、服务期间或服务之后的任何时间，考虑经济资助申请。核实过程期间，SDHP 在收集确认患者收入所需的信息时，可能会依据 SDHP 政策将患者视为自费患者处理。

信息不一致或不完整。若患者在申请过程中提供的信息不一致或不完整，SDHP 可以对患者的偿付能力开展其他背景调查，本政策对此不加限制。例如，若患者的收入很高，SDHP 可选择调查为什么被报告的资产很少或没有。

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人：St. David's Healthcare 理事会	页码：第 4 页，共 8 页

**信息伪造。** 伪造信息可能导致《经济资助申请表》被拒。若在患者得到经济资助后，SDHP 发现《经济资助申请表的重要内容不实，可撤销慈善医疗状态，并收回经济资助。

**经济困难类别** 经济贫困指无保险或保险不足的人士被收治后，根据《慈善医疗资格制度》对所接受的服务没有付款义务或有折减付款义务。

**分类。** 只有年收入不足或等于美国卫生及公共服务部每年更新的贫困线标准（“联邦贫困线标准”）200% 的患者，才可以划分为经济困难患者。更新后的联邦贫困线标准，从发布后次月的第一天开始适用。

**医疗困难类别** 医疗困难，指患者的医疗或住院费用在第三方付款人支付后，仍然超过该人士年收入的规定比例，且该人士没有能力支付剩余费用。

**初始评估。** 医疗困难患者，即所有第三方付款人支付后，患者仍然需缴纳的金额超过患者年收入的百分之十（10%），且患者没有能力支付剩余费用。若患者没有达到初始评估标准，就不能被划分为医疗困难类别。

**接受。** SDHP 可接受达到医疗困难的初始评估标准且满足下列标准的患者：

**年收入在联邦贫困线标准的 200% 到 500% 之间。** 患者的收入必须高于联邦贫困线标准的 200%，低于或等于联邦贫困线标准的 500%。此种情况中，SDHP 将根据患者的年收入，对比美国卫生及公共服务部每年更新的贫困线标准（“联邦贫困线标准”），才可以划分为经济困难患者。减免的范围从 40% 到 90% 不等。无保险减免将适用于慈善减免后应付的剩余费用。

**审批流程。** SDHP 将与所有的无保险患者一起，确认附件 1《无保险患者信息文件》中所列的 Medicaid 或慈善资助资格。申请被审核和处理后，我们将把有无经济资助资格的结果，通过邮件告知患者。审批申请书时，共享服务中心 (Shared Service Center, SSC) 管理层将决定有无资格，包括确认以尽合理努力确认资格。经理还可以进一步调查可得信息，如资产等，以确定患者的偿付能力，进一步调查患者有无资格获取政府资助或其他资助。

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人： St. David's Healthcare 理事会	页码：第 5 页，共 8 页

若患者不符合慈善资助的资格要求，或患者负责支付使用慈善资助后的余额，无保险减免将用于该账户。应付的金额不得超过使用《国家税务局法规》描述的回顾法确认的向有保险患者收取的金额。患者可向下列机构提交申请，以获得有关该计算的信息：

***Patient Account Services  
6000 N.W.Parkway Ste.124  
San Antonio, TX 78249***

请注意，若您没有在收费单日期后的 120 天内提交经济资助申请表，则医院（或其他授权方）可对您采取特定措施，以追缴账单费用，包括但不限于向信用报告机构或征信所报告您拖欠医院债务的不良信息，和/或提起民事诉讼，请求法院判决您支付拖欠医院的费用。

### 权利保留

SDHP 保留经自行斟酌考虑后限制或拒绝经济资助的权利。

### 不涵盖服务

SDHP 医院中提供紧急护理或其他医疗必要护理的提供者完整名单列入本文随附的附件 3，以作参考。附件 3 中明确指出了提供者在或者不在《经济资助政策》范围之列。非紧急的选择性疗程或其他护理，以及其他医疗必要护理的提供者，均不在《经济资助政策》范围之列。附件 3 每月更新一次。

希望获得附件 3 副本的民众可发送书面申请至以下地址：Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249；或拨打《经济资助政策》中列明的电话号码。患者也可从以下网站下载附件 3 的副本：

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>。

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人：St. David's Healthcare 理事会	页码：第 6 页，共 8 页

## 附件 1

患者姓名：\_\_\_\_\_ 帐号：\_\_\_\_\_

无保险患者信息文件

本文件是为了帮助无保险患者了解其医疗的财务情况。有车险、第三方责任险或其他报销的患者，不符合无保险减免资格。

本文件还提供了能帮助您解决费用问题的其他选项。为了帮助无保险患者，HCA 将申请减免您的部分费用，然后与您共同努力解决剩余部分的费用。

下列信息简明了无保险患者将如何处理以及您可以获得的其他减免。若您接受了选择性整容或统一收费程序，这些减免不能适用。除此之外，HCA 减免所有的无保险费用。减免后仍应支付的余额，应当在接收服务时全额支付。

对所提供服务的收费费率入保险，无保险减免对费收费适用，从而减少保险余额。若您不能全额支付减免后的保险余额，我们将与您一起确立每月还款安排。若您不能确立每月还款安排，我们将协助您申请 Medicaid 资助。若您获得 Medicaid，我们将向 Medicaid 收取费用，您只需负责未涵盖部分的费用。若您不符合 Medicaid 资格，您可以填写《经济资助申请表》，提供所需的证明文件，并在每次来门诊提交审核，以申请慈善减免。若您符合根据“联邦贫困标准线”给予的慈善减免，您的保险将视为已全额付款。若您不满足要求的“联邦贫困标准线”，您需要安排立即解决您的费用。

HCA 对已批准的慈善保险给予 100% 减免。所有其他无保险患者可获得部分减免。

患者/责任方签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

见证人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

SSD.FT.COLL.627 无保险患者信息文件

PAS 副本——文件上签名

无保险患者信息文件

DOB:  
St. David's Medical Center



名称：经济资助政策	
生效日期：2013年12月13日 修订生效日期：2017年11月28日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人：St. David's Healthcare 理事会	页码：第7页，共8页

附件2 第1页，共2页

### St. David's Healthcare Partnership 经济资助申请表

患者姓名 _____	患者账号 _____
电话号码 _____	社保号 _____ 出生日期 (年/月/日) _____
<input type="checkbox"/> 在岗 <input type="checkbox"/> 失业	雇主 (名称、地址及电话号码) _____

配偶姓名 _____	社保号 _____	出生日期 (年/月/日) _____
患者的父亲 (若患者是未成年人) _____	社保号 _____	出生日期 (年/月/日) _____
患者的母亲 (若患者是未成年人) _____	社保号 _____	出生日期 (年/月/日) _____

**A. 工资：** 请提供您的家庭中下列人员的工资。

	<b>圈选其一</b>		<b>圈选其一</b>
患者 _____ 美 小时/ 周/ 月/ 年 元		患者的父亲 (若患者是未成年 人) _____ 美 小时/ 周/ 月/ 年 元	
配偶 _____ 美 小时/ 周/ 月/ 年 元		患者的母亲 (若患者是未成年 人) _____ 美 小时/ 周/ 月/ 年 元	

**B. 其他金钱来源：** 请提供您可得到的其他金钱来源总额，包括储蓄账户、支票账户、股票、债券等 \_\_\_\_\_ 美元

请提供您从这些其他金钱来源收到的年收入金额，包括利息、股息、租金收入等 \_\_\_\_\_ 美元

**C. 家庭成员：** 请提供患者家庭的人员数量。 \_\_\_\_\_

**D. 收入核实：** 请提供任何下列类型的文件，以核实您的收入。

- IRS 表 W-2
- 工资单
- 纳税申报表
- 银行对账单
- 雇主核实
- 加入政府资助计划的证明、如粮食券、CDIC、Medicaid 或 AFDC
- 社保或失业补偿金确认函
- 其他，请说明

若您无法提供上述收入来源文件，请说明原因： \_\_\_\_\_

我理解，St. David's Healthcare Partnership (SDHP) 在评估本《经济资助申请表》(“申请”)时，可能会核实本申请中所含的财务信息，通过我的签名，藉此授权我的雇主证明本申请中提供的信息。同时，我授权 SDHP 向信用报告机构和社保管理局申请报告。我证明，该信息在我的最大认知范围内是真实的。同时我也清楚，伪造本申请中的信息可能导致经济资助申请被拒。

我理解，任何经济资助是以我没有偿付能力为基础的，如果我能获得任何新的收入来源，SDHP 可能会收回全部或部分经济资助。

患者或责任方签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

SDHP 员工签名，  
如《经济资助申请表》的任何部分由 SDHP 员工填写 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

名称：经济资助政策	
生效日期：2013 年 12 月 13 日 修订生效日期：2017 年 11 月 28 日	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
审批人：St. David's Healthcare 理事会	页码：第 8 页，共 8 页

附件 2 第 2 页，共 2 页

### St. David's Healthcare Partnership 经济资助申请表信息和说明

**说明：**

为兑现服务社区的承诺，实践慈善目标，St. David's Healthcare Partnership 选择向满足特定收入要求的个人提供经济资助。

为确认患者是否具备获得经济资助的资格，我们需要取得本申请中所列的特定财务信息。您的配合将便于我们全面、充分地考虑您的经济资助申请。

请填写《经济资助申请表》并将填好后的表格交给登记代表，或邮寄到下列地址：

Patient Account Services  
6000 N.W. Parkway Ste. 124  
San Antonio, Tx. 78249

**A 部分：工资**

在《经济资助申请表》的 A 部分，请说明所列各人员收到的工作报酬金额（美元），并说明金额代表的是每小时、每周、每月还是每年的报酬。

**B 部分：其他来源**

在《经济资助申请表》B 部分的第一栏中，请说明您向支票账户、储蓄账户、股票等投入的金额（美元）。在第二栏中，请说明您每年从该投资中得到的收入金额（美元）。例如，患者在第一栏中填写储蓄账户中有 5000 美元，第二栏中就填写该账户每年的利息有 250 美元。

**C 部分：家庭成员**

《经济资助申请表》C 部分要求填写患者家庭中的人数信息。该人数应当包括患者本人、患者的配偶以及患者受养人。若患者是未成年人，则包括患者本人、患者的母亲和/或父亲和/或法定监护人，以及患者母亲和/或父亲和/或法定监护人的任何同住受养人。

**D 部分：收入核实**

考虑您的经济资助申请时，需要核实《经济资助申请表》A 部分报告的工资。请提供一份 IRS 表 W-2、工资和税务报表、工资单、纳税单、银行对账单或其他相关的收入说明或加入公共福利计划的证明，如社保、失业补偿金、Medicaid、County Indigent Health Program、AFDC、失业保险、食物券、WIC、Texas Healthy Kids、儿童健康保险计划或其他类似的贫困相关项目。

您还可以通过让您的雇主提供书面核实，或让您的雇主直接与 SDHP 代表对话的方式核实您的工资。

**若您不能提供上述收入来源文件，请在《经济资助申请表》D 部分提供一份书面解释。**

**医生服务**

提供服务的医生并非 St. David's Healthcare Partnership 的员工。您的私人医生以及您指定的其他医生将另外收费。与这些收费有关的问题，或有关医生服务的付费安排，请联系个人医生办公室。