



財政資助項目（Financial Assistance Program, FAP）

多年以來，史隆-凱特琳癌症紀念醫院（Memorial Sloan-Kettering Cancer Center）一直為有需要的患者提供財政援助。如果您沒有健康保險，或者擔心無法支付您的保險並不支付的那部分賬單，我們也許能夠幫忙。如需申請資助，請訪問我們的網站

www.mskcc.org/financial-assistance、致電我們專用的 FAP 熱線電話：212-639-3810，或者前往我們位於紐約州紐約市約克大道 1275 號 1 樓 C130 房間，郵政區號 10065（1275 York Avenue, N.Y., N.Y, 10065, Room C130 on the 1st floor）的患者財政服務（Patient Financial Services）辦公室。

史隆-凱特琳的財政資助項目（FAP）幫助無保險和保險額不足、家庭收入不超過聯邦貧困水平五倍，且無法獲得公費健康保險或沒有能力為他們的醫療保健付款的患者。本醫院旨在為我們醫療上和經濟上最有需要的患者提供財政資助。如果一名患者被認定為符合我們 FAP 項目的資格，則該項目承擔代表了在我們所有設施內產生的醫院和醫師費用的全部患者餘額。

對於符合資格支付自付金額的患者來說，醫院和醫師費用可被減少。如果一位患者被認定無法支付任何金額，則費用可被完全免除，這種情況下患者的保險所支付的金額將被接受為全額付款。援助是根據患者的家庭收入和家庭人口給予的。

為了確定一個家庭有能力支付的金額（如果能支付任何金額的話），我們計算出患者的家庭每月淨收入，然後扣除日常每月賬單的金額。剩餘的金額即是我們認為患者每個月有能力支付的金額。如果患者的家庭日常每月賬單超出或等於他們的每月淨收入，我們將接受患者的保險所支付的任何金額作為全額付款，除非患者擁有資產，比如第二處房產、股票、定期存款或大金額儲蓄，或者擁有退休金或教育金賬戶以外的任何其他資產。擁有大量資產而日常每月賬單超過他們每月淨收入的患者可能有資格按月付款，或者他們可能沒有資格獲得資助。

對於一位被認定為符合 FAP 資格的個人，針對醫療上必需之護理的收費將絕不會超過總費用的 46%，這是我們從聯邦醫療保險（Medicare）獲得的、針對服務和我們私人支付者的報銷的平均金額。

對於居住在紐約、新澤西或美國任何地方的新患者，一旦我們的臨床醫師確認該患者需要在 MSKCC 接受治療並且該患者表達了經濟困難，則該患者可能有資格獲得援助。對於

紀念醫院（Memorial Hospital）現有的患者，無論他們居住在美國哪裡，他們都可能有資格獲得援助。

我們理解每一位患者都有獨一無二的財政狀況，如果您需要資助，我們鼓勵您聯絡患者財政服務部（Patient Financial Services Department）。每一份資助申請表都會保密處理並需要申請人的合作。當一位患者在申請資助時，我們的醫師和其他醫療人員並不知道。您的醫療保健絕不會根據財政需求而受到影響。

收入與資源指導原則：

<u>家庭人口</u>	<u>MSKCC 允許的 年收入</u>	<u>月收入</u>	<u>MSKCC 允許的 資源（不包括 退休金和教育 金賬戶）</u>
1	\$ 59,400	\$ 4,950	\$ 33,096
2	\$ 80,100	\$ 6,675	\$ 40,734
3	\$ 100,800	\$ 8,400	\$ 48,372
4	\$ 121,500	\$ 10,125	\$ 56,012
5	\$ 142,200	\$ 11,850	\$ 63,856
6	\$ 162,900	\$ 13,575	\$ 67,468

為了被考量是否符合本項目，患者必須提供以下證明文件：

無保險患者

- 如果您沒有任何健康保險，則您被視為無保險，僅需提供過去一個月的目前收入證明，比如支票存根或者目前的銀行對賬單（如果您的收入是直接存入銀行的話）。

有保險患者

- 過去一個月的目前收入證明，比如支票存根或者目前的銀行對賬單（如果您的收入是直接存入銀行的話）。
- 所有日常每月賬單的複印件。
- 您最近一年的稅單，包括所有報表。
- 最近 3 個月的支票賬戶對賬單。（如果您沒有支票賬戶，您必須提供收據和/或輔助文件以表明用以支付您日常每月賬單的付款方式。）
- 資產與開支的證明文件（資產包括：額外的房產、定期存款、股票、儲蓄、任何不與退休金有鏈接的資產）。

請將您所有的文件寄往：紀念醫院，紐約州紐約市約克大道 1275 號，郵區號碼 10065；患者財政服務信箱 319 收（Memorial Hospital, 1275 York Avenue, NY, NY 10065; Attn: Patient Financial Services Box, 319）；將文件傳真至 212-639-2085，或者直接聯絡分配給您的財政顧問（他們的電話號碼包含在所有寄給您的信函中）以安排約見。

請注意：一旦您的證明文件被審查，如果您未提供所有初始文件，可能要求您提供額外文件。

一旦遞交了完整的申請表，患者可忽略任何賬單，直到本醫院對申請作出了決定。

如果您有資格獲得財政資助，您與紀念醫院（Memorial Hospital）之間的協議有效期為一年。將每年對您的財政狀況進行重新評估以確定您是否仍然有資格接受資助。

如果您被認定為有資格按月付款而您錯過了付款，您將被視為在付款義務上違約，這可能導致您的賬戶在 60 天之內被送往收賬機構。如果您想要一份紀念醫院（Memorial Hospital）的記賬與收款政策，請致電患者記賬服務（Patient Billing Services），電話號碼為（紐約州內）：646-227-3378，或（紐約州外）：866-248-1274。

如果您被認定為沒有資格獲得資助並且不同意該決定，您可以在 30 天之內通過聯絡患者財政服務部主任（Patient Financial Services Director）發起申訴，電話號碼為：212-639-7942。屆時將為您安排一次約見與本醫院的財政資助申訴委員會（Financial Assistance Appeal Committee）審查有關您財政資助的判定。您也可以聯絡衛生局（Department of Health），電話號碼為：1-800-804-5447 或 518-402-6993。

所有財政援助資訊都可提供以下語言的版本：

英文

西班牙文

俄文

中文