



经济援助申请

患者账号 _____ 列出您接受治疗的医院 _____

患者姓氏 _____ 患者名字 _____ 患者社会安全号码 _____ 患者出生日期 _____

担保人姓氏（如有不同） _____ 名字 _____ 担保人社会安全号码 _____ 出生日期 _____

担保人家庭住址 _____ 家庭电话号码 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

担保人公司名称 _____ 担保人工作职能/部门 _____

担保人公司地址 _____ 担保人公司电话 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

配偶公司名称 _____ 配偶工作职能/部门 _____

配偶公司地址 _____ 配偶公司电话 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭成员（包括申请人）

姓名	与患者的关系	出生日期	公司名称	年收入
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Dignity Health 偿还援助申请表（续）

为了确定真正具有经济援助申请资格的患者，我们必须首先要求患者提交以下列出的信息，以说明其经济困难情况。请填写申请表中以下列出的各项内容并提交。如果您无法提供所需材料中的任一项目或存在影响评估的其他因素，请提交书面声明解释您的状况。

必需提交的文件材料：

1. 身份证明 — 以下任一项：
 - 社会安全卡复印件
 - 所在州签发的驾驶证的复印件
 - 其他带有照片的身份证明的复印件
2. 现住址证明 — 以下任一项：
 - 租金收据
 - 物业帐单
3. 在所居住州申请加入 Medi-Cal 或 Medicaid 计划被拒绝。
4. 在 Dignity Health 提供服务之前的 12 个月内，所有家庭成员*的收入证明。其中可包括同一时间段内最新的所得税申报表或工资单。如果是个体经营，则包括附表 C 和纳税申报表。如果没有上述材料，请在单独的一张纸上加以解释，说明您最近三个月的经济状况，并与此申请表一同提交。

*患者家属包括：

- a) 对于年满 18 周岁及以上的患者，按照美国《家事法》第 297 节规定，其家属包括配偶、家庭伴侣以及未满 21 周岁的受抚养子女，不论其是否住在家里。
- b) 对于未满 18 周岁的患者，其家属包括父（母）、陪护亲属以及父（母）或陪护亲属其他未满 21 周岁的子女。

我们完成对所提供文件的初步审查后，可能还会需要以下证明材料来确定患者申请资格：

货币性资产证明 — 以下全部：

- 最近 3 个月支票账户对账单
- 最近 3 个月储蓄账户对账单
- 股票、债券和定期存单

在下方签名即表示您同意偿还援助事宜。同时，您必须保证，尽您所知申请表中所有陈述的内容真实、完整。如果我们确定您所提供的信息不完整或不属实，我们将撤销对您的账单给予的任何折扣并要求您全额支付。在下方签名即表示您授权 Dignity Health 查看您的资料及信用记录，以评估您的经济援助申请。

如果您收到保险公司、工伤赔偿计划或任何其他第三方的付款，您同意向医院告知任何此类付款。如果第三方向您提供医院服务付款，医院保留全额收取原始费用的权利。

负责缴费人员（担保人）签名

日期

将已填写申请表邮寄至：

Bakersfield Memorial Hospital
420 34th St
Bakersfield, CA 93301