

California Hospital Medical Center 经济援助申请表说明

本文件是 *CommonSpirit Health* 机构的经济援助申请表。

CommonSpirit Health 为符合某些收入要求的人员和家庭提供经济援助。即使您有健康保险，根据您的家庭规模和收入，您也可以享受免费护理或折扣护理。援助是对家庭收入低于联邦贫困线指南 500% 的患者提供。有关联邦贫困线指南的信息，请访问 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

经济援助包括什么？医院经济援助包括 *CommonSpirit Health* 根据您的资格提供的适当医院服务。经济援助可能不包括所有保健费用，包括其他组织提供的服务。

如果您在填写本申请表时有任何疑问或需要帮助：您可以因任何原因获得帮助，包括残疾和语言帮助，联系方式：213-742-5530

为了让您的申请得到处理，您必须：

- 向我们提供您的家庭信息
- 向我们提供您家庭的每月总收入（税前和扣除额前收入）的信息
- 提供家庭收入证明文件
- 提供家庭资产证明文件
- 如有需要，请附上其他信息
- 在表格上签名并注明日期

注意：申请经济援助不需要提供社会保险号码。如果您向我们提供社会保险号码，将有助于加快您的申请处理。社会保险号码用于核实提供给我们的信息。如果您没有社会保险号码，请注明“不适用”或“无”。

将填写完整的申请表连同所有证明文件邮寄或传真至：California Hospital Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008, Fax: 877-691-1151. 确保给自己保留一份。

亲自递交填写完整的申请表：California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA 90015

我们在收到填写完整的经济援助申请表（包括收入证明文件）后 30 个日历日内，将通知您资格的最终决定和申诉权（如适用）。

通过提交经济援助申请表，您同意我们进行必要的查询，以确认财务义务和信息。

我们想要帮忙。请及时提交申请！

在我们收到您的信息之前，您可能会收到账单。

California Hospital Medical Center

经济援助申请表 — 保密

请完整填写所有信息。如果不适用，请填写“无”。如有需要，请另附页。

筛选信息

您需要口译员吗？ 是 否 如果是，请列出首选语言：

患者申请了 Medicaid 了吗？ 是 否 在考虑经济援助资格之前，可能需先申请。

患者是否接受州公共服务，如食品券或 WIC (妇女、婴儿和儿童) ？ 是 否

患者现在无家可归吗？ 是 否

患者的医疗护理是否与车祸或工伤有关？ 是 否

您接受治疗的 Dignity Health 或 CommonSpirit Health 医院名单：

须知

- 即使提出申请，我们也不能保证您有资格获得经济援助。
- 递交申请表后，我们可能会核对所有资料，并要求您提供附加资料或收入证明。

患者和申请人信息

| | | |
|----------|--------|---------------------------------------------|
| 患者名 | 患者中间名 | 患者姓 |
| 出生日期 | 患者账号： | 患者社会保险号码 (可选项*) |
| 负责支付账单的人 | 与患者的关系 | 出生日期 |
| | | 社会保险号码 (可选项*) |
| 通讯地址 | | 主要联系电话 () _____ () _____ 电子邮件地址： |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--|
| 州 | 城市 | 邮编 | |
| 负责支付账单的人就业状况 | | | |
| <input type="checkbox"/> 在职 (聘用日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业多久: _____) | | | |
| <input type="checkbox"/> 自营职业 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾人 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____) | | | |

家庭信息

列出您家里的家庭成员，包括您本人。患者的“家属”包括：

- 对于年满 18 周岁及以上的患者，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。
- 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。

家庭规模 _____ 如有需要，请另附页。

| 姓名 | 出生日期 | 与患者的关系 | 如果年满 18 周岁或以上： 雇主名称或收入来源： | 如果年满 18 周岁或以上： 月总收入（税前）： | 是否也申请经济援助？ |
|----|------|--------|------------------------------|-----------------------------|------------|
| | | | | | 是/否 |
| | | | | | 是/否 |
| | | | | | 是/否 |
| | | | | | 是/否 |
| | | | | | 是/否 |
| | | | | | 是/否 |

所有成年家庭成员的收入都必须披露。例如，收入来源包括：

- 工资 — 失业 — 自营职业 — 工伤赔偿 — 残疾 — SSI
- 子女/配偶赡养费 — 勤工俭学计划（学生） — 养老金 — 退休账户分配
- 其他（请注明：_____）

California Hospital Medical Center
经济援助申请表 — 保密

收入信息

请记住：您必须在申请表中附上收入证明。

您必须提供家庭收入信息。收入需要进行核实以确定经济援助资格。

所有年满 18 周岁或以上的家庭成员必须披露其收入。请为每个确定的收入来源提供证明。

收入证明的例子包括：

- 去年的所得税申报表，包括附表（如适用）；
- “W-2”预扣声明；
- 当前工资存根（3 个月）；
- 由雇主或其他人签署的书面声明；和
- 批准/拒绝获得 Medicaid 和/或州资助医疗援助的资格；或者
- 批准/拒绝领取失业补助金的资格。

如果您没有收入证明或没有收入，请另附页附上一份签字声明，说明您如何支持基本生活费（如住房、食物和水电费）。

资产信息

请记住：您必须在申请表中附上资产证明。

您必须提供家庭成员拥有的所有资产信息。资产需要进行核实以确定经济援助资格。

所有年满 18 周岁或以上的家庭成员必须披露其可获得的经济资源。请为每个确定的资产来源提供证明，收入证

明的例子包括：

- 当前银行对账单（显示最近 3 个月）
 - 支票账户
 - 储蓄账户
- 投资，包括股票和债券

- 信托基金
- 货币市场账户
- 共同基金
- 其他在基金撤回时不会有罚金的投资基金。

附加信息：

如果您希望我们了解您目前财务状况的其他信息，如经济困难、超高额医疗费用、季节性或临时性收入或个人损失，请另附页。

患者协议

我理解，CommonSpirit Health 可能会通过审查信用信息和从其他来源获取信息以核实信息，帮助确定是否有资格获得经济援助或付款计划。

- 本人证明，据我所知，我所提供的资料真实、准确。
- 我将独立或在医院人员的协助下，通过联邦、州、地方政府和私人来源申请任何和所有援助，帮助支付医疗账单。
- 我理解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所要求的信息，我的申请可能会被拒绝。
- 我理解，本人提交的信息须经 CommonSpirit Health (包括信用报告机构) 核实，并须经联邦和/或州机构及其他必要机构审查。
- 我理解，为了获得援助资格，可能会要求提供更多信息。

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。

申请人签名

日期