

California Hospital Medical Center 經濟援助申請表說明

這是在 *CommonSpirit Health* 機構的經濟援助申請表。

CommonSpirit Health 向滿足某些收入要求的人和家庭提供經濟援助。即使您有健康保險，您也可以根據家庭人數和收入有資格獲得免費照護或折扣照護。家庭收入低於聯邦貧困水平指引的 500% 的任何患者，均應獲得援助。聯邦貧困水平指南的相關資訊詳見 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>。

經濟援助涵蓋什麼？醫院的經濟援助涵蓋 CommonSpirit Health 根據您的資格而提供的適當、基於醫院的服務。經濟援助可能無法涵蓋所有醫療保健費用，包括其他組織提供的服務。

如果您在填寫此申請時有疑問或需要幫助：您可以基於任何原因（包括殘疾和語言幫助）獲得幫助：213-742-5530

為了處理您的申請，您必須：

- 向我們提供有關您家庭的資訊
- 向我們提供有關您家庭每月總收入（扣除稅收和扣除額前的收入）的資訊
- 提供家庭收入證明文件
- 提供家庭資產證明文件
- 如有需要，請附上其他資訊
- 在表格上簽名並註明日期

注意：您無需提供社會安全號碼即可申請經濟援助。如果您向我們提供您的社會安全號碼，將有助於加快您的申請處理速度。社會安全號碼用於驗證提供給我們的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請註明「不適用」（NA）。

請將已填妥的申請表及所有文件郵寄或傳真至：California Hospital Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008 Fax: 877-691-1151。請自己保留一份副本。

要親自提交已填妥的申請：California Hospital Medical Center, 1401 South Grand Avenue, Los Angeles, CA, 90015.

我們將在收到已填妥的經濟援助申請（包括收入證明）後的 30 個日曆日內，將最終資格確定和上訴權（如果適用）的事宜通知您。

提交財務援助申請，即表示您同意我們進行必要的查詢，以確認財務義務和資訊。

我們想提供幫助。請及時提交您的申請！

在我們收到您的資訊之前，您可能會收到帳單。

California Hospital Medical Center
經濟援助申請表 - 機密資訊

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請註明「不適用」。如有需要，請附加其他頁面。

篩選資訊

您是否需要口譯員？ 是 否 如果是，請列出偏好語言：

患者是否已申請 Medicaid？ 是 否 在獲得經濟援助之前可能需要申請

患者是否獲得州公共服務，例如食品券或婦女、嬰兒與孩童特殊營養補助計畫 (WIC)？ 是 否

患者目前無家可歸嗎？ 是 否

患者的醫療照護是否與車禍或工傷有關？ 是 否

接受過治療所在的 Dignity Health 或 CommonSpirit Health 醫院清單：

請注意

- 即使您提出申請，我們也不能保證您有資格獲得經濟援助。
- 在您提交申請後，我們可能會檢查所有資訊，並可能要求提供其他資訊或收入證明。

患者和申請人資訊

患者名	患者中間名	患者姓
生日	患者帳戶號碼：	患者社會安全號碼 (選填 *)
負責支付帳單的人	與患者的關係	生日
		社會安全號碼 (選填 *)
郵寄地址		主要聯絡號碼 () _____ () _____

<hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 市 州 郵遞區號 </div>	電子郵件地址： <hr/>
負責支付帳單的人的就業狀況 <input type="checkbox"/> 受僱 (僱用日期： _____) <input type="checkbox"/> 失業 (失業時間長度： _____) <input type="checkbox"/> 自僱 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 殘疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)	

家庭資訊

列出您家庭中包括您在內的家庭成員。患者的「家人」包括：

- 對於 18 歲及以上的人 - 配偶、家庭伴侶以及 21 歲以下的受撫養子女，無論是否在家居住。
- 對於未滿 18 歲的人 - 父母、親屬照護者以及父母或親屬照護者的其他未滿 21 歲的子女。

家庭人數 _____

如有需要，請附加其他頁面

姓名	生日	與患者的關係	如果為 18 歲或以上： 雇主名稱或收入來源	如果為 18 歲或以上： 總月收入 (稅前)：	也申請經濟援助？
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否
					是 / 否

					是 / 否
<p>必須揭露所有成年家庭成員的收入。收入來源包括：</p> <ul style="list-style-type: none">- 工資 - 失業 - 自僱 - 工人補償 - 殘疾 - 社會安全生活補助金- 子女 / 配偶撫養費 - 工作學習計畫 (學生) - 養老金 - 退休帳戶分配- 其他 (請註明 : _____)					

California Hospital Medical Center
經濟援助申請表 - 機密資訊

收入資訊

請記得：您的申請中必須包括收入證明。

您必須提供有關家庭收入的資訊。需要進行收入驗證才能確定經濟援助。

所有 18 歲或以上的家庭成員都必須揭露其收入。請提供每一個確定的收入來源的證明。

收入證明的範例包括：

- 去年的所得稅申報表，包括時間表（如適用）；或者
- 「W-2」扣繳憑單；或者
- 目前的工資單（3 個月）；或者
- 雇主或其他人的書面簽署聲明；和
- 批准或拒絕 Medicaid 或國家資助的醫療援助資格；或
- 批准或拒絕失業補償。

如果您沒有收入證明或沒有收入，請附加另一頁包含簽署聲明，其中說明您如何支持基本生活費用（例如住房、食品和水電等）。

資產資訊

請記得：您的申請中必須包括資產證明。

您必須提供任何家庭成員擁有的所有資產的相關資訊。需要進行資產驗證才能確定經濟援助。

所有 18 歲或以上的家庭成員，都必須揭露其可用的財務來源。請提供每一個確定的資產來源的證明 收入證明的範例包括：

- 目前的銀行對帳單（顯示最近 3 個月）
 - 支票帳戶
 - 儲蓄帳戶

- 投資，包含股票與債券
- 信託基金
- 貨幣市場帳戶
- 共同基金
- 撤資不會遭受罰款的其他投資基金

額外資訊

如果您希望我們知道有關您當前財務狀況的更多資訊，例如財務困難、過多的醫療費用、季節性或臨時收入或個人損失，請再另外附加一個頁面。

患者同意

我理解，CommonSpirit Health 可能會檢閱信用資訊並從其他來源獲取資訊以驗證資訊，從而協助確定對於經濟援助或付款計畫的資格。

- 我證明，我提供的資訊為據我所知的真實且正確的資訊。
- 我將獨立或在醫院工作人員的協助下，申請任何及所有援助，這些援助將透過聯邦、州、地方政府和私人管道獲得，以幫助支付此醫療帳單。
- 我理解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所需的資訊，我的申請可能會被拒絕。
- 我理解，我提交的資訊必須經過 CommonSpirit Health (包括信用報告機構) 的驗證，並需要接受聯邦和 / 或州機構及其他機構的審查。
- 我理解，可能還需要更多資訊才能獲得援助。

如果您從保險公司、工人賠償計畫或任何其他第三方收到付款，則您同意通知醫院此類付款。如果第三方為您醫院服務付款，則醫院保留託收原始、全額費用的權利。

申請人簽名

日期