

财务援助申请表
慈善护理和折扣付款援助

通知和协助

请使用本申请表申请慈善护理或折扣付款援助。如果您不确定应申请哪一项计划，请联系业务办公室获取免费帮助。您可以在接受医院服务之前、期间或之后的任何时间提出申请。

资格根据家庭收入和家庭人数确定。不考虑货币资产。请勿提供银行账号、余额、投资、退休账户、房屋价值、车辆价值或其他资产信息。

如需免费的语言协助和无障碍格式，包括盲文、大字版、音频和无障碍电子格式，请致电 (213) 314-1492 或前往业务办公室。

申请的计划

请选择一项： 慈善护理 折扣付款援助 两者 / 不确定

重要提示：如果您只申请折扣付款援助，您获得的财务援助可能少于慈善护理计划可能提供的援助。如果您不确定，可以选择“两者 / 不确定”，或联系业务办公室获取免费帮助。

医院地点

请选择一项： L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

患者信息

服务日期：	_____
患者姓名：	_____
出生日期：	_____
邮寄地址：	_____
城市 / 州 / 邮政编码：	_____
电话号码：	_____

性别： 男 女 其他 / 不愿回答

族裔 - 可选，不用于确定资格：

族裔： 白人 黑人 西班牙裔/拉丁裔 美洲原住民/阿拉斯加原住民

族裔（续）： 亚裔/太平洋岛民 其他 不愿回答

计划、保险和家庭人数

可能的第三方付款来源： 私人保险 Medi-Cal Medicare 自费 其他 无

主要收入来源： 就业 自雇 社会保障 残障福利 失业金

主要收入来源（续）： 退休/养老金 公共援助 抚养/支持款 其他 无

在医院审查本折扣付款援助申请之前，您不需要先申请其他健康保险。

请列出患者以及计入家庭人数的家庭成员。

姓名	与患者关系	年龄	性别

家庭收入

请将家庭收入列为月收入或年收入。如有收入证明文件，请附上。

收入来源	每月金额	年度金额
工资 - 患者	\$	\$
工资 - 配偶 / 家庭伴侣	\$	\$
工资 - 其他家庭成员	\$	\$
自雇 / 农业收入	\$	\$
公共援助 / 社会保障 / 残障福利	\$	\$
失业金 / 工伤补偿 / 罢工福利	\$	\$
配偶赡养费 / 子女抚养费 / 军人津贴	\$	\$
养老金 / 退休金	\$	\$
股息、利息、租金收入或其他	\$	\$

收入证明文件

您可以附上近期工资单或近期所得税申报表。如果这些文件无法提供，您可以提供其他显示家庭收入的文件。医院可以接受其他形式的收入证明，但不要求任何特定的替代文件。近期工资单通常指第一份医院账单之前或之后 6 个月内的工资单，或服务前申请前后 6 个月内的工资单。近期税务申报表通常指第一份医院账单当年的申报表，或第一份医院账单之前 12 个月内的申报表。不需要资产信息，也不会使用资产信息。

服务和账户信息

服务类型	服务单位	金额 / 说明	日期
医院住院	住院天数	账单金额： \$ _____	

服务类型	服务单位	金额 / 说明	日期
医院门诊	门诊天数	已收付款： \$ _____	
其他	其他调整 / 核销	\$ _____	
患者责任金额		\$ _____	

费用 - 可选

基本资格不要求提供费用信息。该信息可用于评估高额医疗费用资格、付款计划选项或其他援助。

费用	每月金额	费用	每月金额
房贷 / 租金	\$ _____	健康保险	\$ _____
水电煤气 / 电话	\$ _____	医疗账单 / 医院 / 医生	\$ _____
食品	\$ _____	药物 / 汽车贷款 / 其他	\$ _____

不需要资产信息

在确定财务援助资格时，不需要且不会考虑货币资产、银行证明、账号、账户余额、投资余额、退休账户余额、房地产价值、车辆价值和其他资产信息。

收入计算 - 医院使用或申请人协助

计算项目	金额或数值
每月总收入合计	\$ _____
减去每月扣除额（如适用）	\$ _____
调整后每月净收入	\$ _____
家庭人数	
联邦贫困线百分比（如计算）	

申请人声明

本人在伪证罪处罚下声明，本人所提供的答案据本人所知均真实、正确。

如果本人的收入、费用、家庭人数、家庭成员或地址发生变化，本人同意在十（10）天内通知服务提供者。

本人了解，本人提供的信息将按照法律要求予以保密。

本人了解，不需要资产信息，且资产信息不会用于确定财务援助资格。

如果本人因事故或受伤接受医疗服务，本人同意在法律允许的范围内，从与该事故或伤害相关的诉讼或和解款项中向服务提供者偿还费用。

申请人 / 授权代表签名	日期
_____	_____

医院审核和书面决定

医院将审核完整的申请，并提供书面的资格决定。

决定： 批准 拒绝 需要更多信息

备注： _____

审核人签名 / 日期： _____

仅供医院使用

资格必须基于家庭收入和家庭人数。不得使用货币资产或其他资产信息。如果患者似乎符合财务援助资格或请求援助，在将账户转交催收之前，应遵循医院政策。

问题或投诉信息

如有问题或需要申请帮助，请致电业务办公室 (213) 314-1492。如果您认为您被错误拒绝财务援助，可以向加利福尼亚州医院账单投诉计划提交投诉，网址：HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov。