



慈善关怀/经济援助申请表 - 保密 (私人)

请完整填写所有信息。如果不适用, 请写“NA”。

筛查信息			
患者是否申请了 Medicaid/Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
患者是否获得州公共服务, 例如贫困家庭临时援助 (TANF)、CalFresh或妇女、 婴儿及儿童营养补充特别计划 (WIC)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
患者目前是否无家可归? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
患者的医疗护理需求是否与车辆事故有关? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
请注意			
<ul style="list-style-type: none"> 即使您提出申请, 我们也无法保证您将能够获得经济援助。 您发送申请后, 我们可能要求您提供更多信息或收入证明。 在我们收到您填妥的表格和文件后的30个日历日内, 我们将通过信函告知您是否可以获得援助以及援助级别。 			
患者和申请人信息			
患者名字	患者中间名	患者姓氏	
患者性别 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 其他 (可选) <input type="checkbox"/>	出生日期	患者社会保险号 (可选)	
服务日期	账号		
需要付账的人	与患者的 关系	出生 日期	主要联系电话
家庭或邮寄地址	首选联系 方式: 电话 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 邮寄 <input type="checkbox"/>	电子邮件地址	
需要付账的人的就业状况			
<input type="checkbox"/> 受雇 (雇用日期): _____ <input type="checkbox"/> 失业 (失业多久?): _____ <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (如有其他, 请说明): _____ _____ _____			

家庭信息

列出您的家庭成员，包括您自己。“家庭”是指因出生、婚姻或收养而生活在一起的任何人。

家庭总人数 _____

在家庭里生活的每位家庭成员的姓名	年龄	需要付账的人的受抚养人 (圈出正确答案)	总收入 (如果年满 18 岁)
		是 否	
		是 否	
		是 否	
		是 否	
		是 否	
		是 否	

家庭中成年人的总收入

需要付账的人的受抚养人总数	成年家庭成员的总收入	您必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源包括但不限于工资、失业救济金、个体经营和子女抚养费。
	\$ _____	

家庭中成年人的总收入

记得：您必须在申请时向我们提供收入证明。

我们需要收入证明以确定经济援助。所有年满 18 岁的家庭成员必须告知我们其收入状况。如果您无法提供证明，您可以撰写一份关于您收入的声明并签名，然后发送给我们。

收入证明的示例包括但不限于：

- “W-2”扣缴税款清单
- 当前工资单 (至少 3 个月)
- 去年的所得税申报表，包括附表 (如适用)
- 雇主或其他方的书面签名声明
- Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝信
- 失业救济金资格的批准/拒绝信

如果您没有收入证明或没有收入，请附加页面解释原因。

费用信息

我们使用这些信息来全面了解您的财务状况。

每月家庭开支：

租金/抵押贷款：\$ _____

医疗费：\$ _____

保险费：\$ _____

公用事业：\$ _____

其他债务/费用：\$ _____

(子女抚养费、贷款、药品、其他)

其他信息

如果您希望我们了解有关您当前财务状况的更多信息，请另附页面。这可能是经济困难、过多的医疗费用、季节性或临时收入或个人损失。

患者协议

我确认，据我所知，以上信息均属真实及正确。我明白，如果我提供的财务信息是虚假的，我可能无法获得经济援助。我可能还需要为我获得的任何服务付费。

申请人签名

日期

如有疑问，请致电 (800) 404-6627

Children's Hospital Los Angeles

的工作人员无法帮助完成经济援助申请。但您可以从洛杉矶健康消费者中心 (Health Consumer Center of Los Angeles) 获得申请方面的帮助。您可以到访该中心，地址：13327 Van Nuys Boulevard, Pacoima, California, 91331。或者您可以致电 (800) 896-3203 联系该中心。

通过邮寄将填妥的表格寄回至：

Patient Business Services, Mailstop 26

Children's Hospital Los Angeles

4650 Sunset Boulevard

Los Angeles, California 90027

或

通过电子邮件将填妥的申请寄回至：

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu