

Emanate Health 事業服務
1325 N. Grand Ave. Suite 300
Covina, CA 91724-1016

患者/監護人姓名：

帳號：

Emanate Health 致力於讓社區內的每個人無論其經濟能力如何皆能獲得醫療照護。我們的財務資助計劃旨在幫助低收入、沒有保險或保險額不足且需協助其支付醫療必要性照護之全額費用或部分費用的患者。

所需文件

僅符合資格，並無法獲得 CVHP 財務資助計劃之受保權利。為確認資格並提供其符合的最大協助/折扣金額，需依適用狀況提交以下文件：

- 1) 填寫完成並簽名的財務資助申請書
- 2) 當前工資單，若為自僱者則提出本年度迄今損益表以確認當前收入。
- 3) 近期稅表及 W-2 表
- 4) 任何一般救濟計畫福利、贍養費、待業、殘疾、社會安全生活補助金，以及社會安全判定書之證明。
- 5) 上一曆年的申報稅表含所有必須稅務表，以確認產出資產及貨幣性資產。
- 6) 過去每年的利息收入、股息收入、資本利得等 1099 表影本。

****僅需影本，請勿提交正本****

未於 30 天內提交所需文件，可能導致財務資助遭拒。如發現任何人提供虛假資訊，將自動取消獲得財務資助的資格。

如需更多資訊或需協助完成申請表，請致電 626-732-3100 聯絡我們，或親臨我們位於 1325 N. Grand Ave., Suite 300, Covina, Ca 的辦公室。

敬祝 安康

商業服務

(626)732-3100

(上午 8:00 至下午 4:00)

財務資助申請書

第 1 部分：患者人口統計

患者姓名： _____ 社會安全編號： _____ 出生日期： _____
目前住址： _____ 城市： _____ 州： _____

如果患者是未成年人或者有人宣稱您受其撫養，請在下方提供負責當事人的資訊。

監護人的姓名： _____ 社會安全編號： _____ 出生日期： _____
目前住址： _____ 城市： _____ 州： _____

您之前是否有申請過 Medi-Cal 或其他政府資助？ 是 否

請說明： _____

這些服務是否與意外或第三方損傷相關？ 是 否

如果是，請描述您的損傷/意外是如何發生的，以及是誰要負責賠償您的事件的損失

第 2 部分：家庭人數

列出您家中所居住的所有人，他們的出生年月日、社會安全編號、以及親屬關係。

姓名	出生日期	社會安全編號	與患者的關係
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

財務資助申請書

第 3 部分：財產、儲蓄和資產

房屋價值 -如果為私有	\$
房屋債款 -如果為私有	\$
支票帳戶餘額	\$
儲蓄帳戶餘額	\$
業務或合夥資產	\$
其他資產	\$

總資產	\$
-----	----

第 4 部分：月收入

請描述您的收入狀態，包含您的到職日期/最後就業日期/退休日期。如果您沒有收入，請描述您如何滿足您食物與居住的需求。如果有他人提供資助，請描述您正在接受的資助類型、粗估您開始接受該資助的日期以及預期結束日期。請要求該人士提供一封信件給 CVHP，描述資助的類型、資助的頻率與持續時間。

收入來源與必要文件

在下一頁（第 4 頁），請列明您家庭中所有的每月收入來源。如果有任何人聲稱您受其撫養或接受其財務支援，也需要提交他們的財務資訊。在適用於您和/或您家庭成員的收入來源旁邊加上 ✓。寫下取得收入的人士姓名以及每月取得的總金額。除了填寫本申請書外，請提交所有與您的資助收入文件一併列出人士的收入證明文件、最近提交的納稅申報表 (1040)、2 個月的儲蓄/銀行支票報表以及經紀人/投資報表 (401/IRA)。

財務資助申請書

收入來源	✓	所需文件	取得收入人士	每月金額
薪資	<input type="checkbox"/>	2 份目前工資單		\$
時薪	<input type="checkbox"/>			\$
每個月平均工時	<input type="checkbox"/>			\$
自僱就業總收入	<input type="checkbox"/>	YTD 收益與損失計畫 1		\$
合夥收入	<input type="checkbox"/>	YTD 收益與損失計畫 1		\$
社會安全	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
社會安全生活補助金 (SSI)	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
失業	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
失能	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
工傷補償	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
一般救濟	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
貧困家庭臨時資助計畫 (TANF)	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
食品券/電子福利轉帳 (EBT)	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
贍養費	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
孩童資助	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
學生貸款	<input type="checkbox"/>	裁定函		\$
養老金/年金	<input type="checkbox"/>	去年的 1099		\$
利息收入	<input type="checkbox"/>	去年的 1099		\$
股息	<input type="checkbox"/>	去年的 1099		\$
資本收益	<input type="checkbox"/>			\$
總租金收入	<input type="checkbox"/>			\$
其他	<input type="checkbox"/>			\$

總月收入	\$
------	----

財務資助申請書

資訊接收聲明

根據聯邦法律，我是依照 **Emanate Health** 財務資助政策來申請財務資助。我了解務必提供本申請書所要求的資訊用於政策規定的資格，以判定是否能獲得資助。我了解簽署本申請書，我即同意允許 **Emanate Health** 指派的人員代表來驗證我提交之資訊的正確性。驗證核准流程可能包含但不限於存取我的信用報告。我宣告提交之資訊真實無誤，如有偽證願接受處罰。我了解醫院可能需要我今天提交資訊以外的資訊。我了解若未於 30 天內提交所需文件，可能導致財務資助遭拒。我了解根據我的收入，我可能符合無償照護或部分折扣補償。如果我符合部分折扣補償，我同意在 30 天內支付 **Emanate Health** 認為我應付的部分。如未支付折扣的餘額可能導致被轉至其他外部機構。

簽名： _____ 日期： _____

如果您有任何關於此申請書的疑問或是如果您填寫此申請書時需要協助，請聯絡：

患者財務服務部：(626)732-3100
週一至周五，早上 8 點到下午 4 點

請提交填寫完成的申請書以及所有必要的證明文件：

Emanate Health- 商業服務
1325 N. Grand Ave. Suite 300
Covina, CA 91724