



慈善照護/經濟援助申請表 - 保密

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請寫「NA」。如有需要，請附上更多頁面。

篩檢資訊

您是否需要口譯服務？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，請列出偏好語言：

患者是否已申請 Medicaid？ ☐ 是 ☐ 否

患者是否正在接受州政府公共服務，例如貧困家庭臨時援助 (TANF)、基本食品援助計劃或婦嬰幼兒營養補助 (WIC)？ ☐ 是 ☐ 否

患者目前是否無家可歸？ ☐ 是 ☐ 否

患者的醫療需求是否與車禍或工傷有關？ ☐ 是 ☐ 否

請注意

- 即使您申請，我們也無法保證您一定符合經濟援助資格。
- 您提交申請後，我們可能會核實所有資訊，並可能要求您提供缺少的資訊。
- 此申請用於判定慈善照護（免費照護）及折扣照護的資格。如果您只申請折扣照護，您可能獲得的經濟援助低於慈善照護所能提供的援助

患者及申請人資訊

患者名字	患者中間名		患者姓氏
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ 其他（可另行說明） _____	出生 日期	☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 法律分居 ☐ 寡婦 ☐ 鰥夫	患者社會安全號碼（選填）
機構：	服務日期	就診編號	首選聯絡方式： ☐ 電子郵件 ☐ 電話 ☐ 郵件
負責支付帳單的人	與患者的關係	出生日期	社會安全號碼（選填）
郵寄地址 _____ _____ 城市 州 郵遞區號			主要聯絡電話 () _____ () _____ 電子郵件地址： _____
負責支付帳單之人的就業狀況 ☐ 受僱（入職日期： _____） ☐ 失業（失業多久： _____） ☐ 自營業者 ☐ 學生 ☐ 身心障礙 ☐ 退休 ☐ 其他（如果有其他請解釋）： _____			

家庭資訊

列出您家中的家庭成員，包括您本人。

對於加州及夏威夷的患者： 家庭定義如下：(i) 對於年滿 18 歲或以上的人士，家庭包括配偶、同居伴侶、未滿 21 歲的受撫養子女，或任何年齡的身心障礙子女，無論是否與其同住；以及 (ii) 對於未滿 18 歲的人士，或年齡介於 18 至 20 歲的受撫養子女，家庭包括父母、照護親屬，以及父母或照護親屬的其他未滿 21 歲子女，或任何年齡的身心障礙子女。

對於俄勒岡州的患者： 家庭是指：

(A) 單一個人；或 (B) 共同居住的配偶、同居伴侶，或父母與未滿 18 歲的子女；以及由單一個人、配偶、同居伴侶或父母負責經濟扶養的其他個人。

家庭/家庭人數 _____

姓名	出生日期	與患者的關係	若年滿 18 歲或以上：雇主名稱或收入來源	若年滿 18 歲或以上：每月總收入（稅前）：	是否也申請經濟援助？
					是/否
					是/否
					是/否

如有需要，請附上更多頁面。

所有成年家庭成員的收入必須揭露。收入來源包括以下例子：

- 工資 - 失業救濟 - 自僱 - 勞工補償 - 殘障補助 - 補充保障收入 (SSI)
- 子女/配偶扶養 - 工讀計劃（學生） - 退休金 - 退休帳戶分配
- 其他（請解釋 _____）

收入資訊

請記住：申請時必須附上收入證明。

您必須提供您家庭的收入資訊。需要核實收入，以判定經濟援助資格。

所有 18 歲或以上的家庭成員必須揭露其收入。若無法提供文件，您可以提交書面簽署的收入說明。

為判定是否符合經濟援助資格，收入證明文件應限於：

- 患者首次收到帳單前或後 6 個月內（或於提交申請時的服務前階段）近期家庭薪資單 或
- 患者及其配偶或同居伴侶於患者首次收到帳單當年度或患者首次收到帳單前 12 個月的聯邦所得稅申報表（1040 表）副本

若您願意，可以提交其他形式的收入證明，但 Adventist Health

並不要求您提供額外的收入證明。例如，如果您沒有收入證明或沒有收入，您可以附加一頁說明。

第三方責任

是否有第三方需對您的服務負責？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請提供該第三方的資訊： _____

支出資訊（選填）

我們使用這些資訊，以更完整地瞭解您的財務狀況。

每月家庭支出：

房租/房貸	\$ _____	醫療費用	\$ _____
保險費	\$ _____	水電費	\$ _____
其他債務/支出	\$ _____	（子女扶養費、貸款、藥物、其他）	

其他資訊（選填）

如果您有希望我們瞭解的其他目前財務狀況資訊，例如經濟困難、高額醫療費用、季節性或臨時收入，或個人損失，請附上一頁額外頁面說明。

患者協議

本人瞭解 Adventist Health

可能會透過審查信用資訊及向其他來源取得資訊來核實相關資料，以協助判定我是否符合經濟援助或付款計劃資格。

本人確認上述資訊據我所知均屬真實且正確。本人理解，如果我提供的財務資訊被認定為不實，可能會導致經濟援助遭拒，且我可能需對所提供的服務負責，並被要求支付相關款項。

申請人簽名

日期

如何提交

如有疑問，請致電（888）233-7868

請將填妥的表格郵寄至：

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

或

請將填妥的表格透過電子郵件寄送至：

CFAC@coniferhealth.com