

附件是一份 El Camino Health 慈善療護計畫 (Charity Care Program) 的申請表。請完整填寫申請表，簽名後連同下列文件一併交回我們辦公室：

所有申請人都必須提供收入證明，不得豁免。

必須提供其他家庭成員的收入證明。

- 如果患者年滿 18 歲，無論是否住在家裡，都需要患者的配偶、同居伴侶和/或 21 歲以下的受撫養子女提供收入證明。
- 如果患者未滿 18 歲，則需要患者父母、照顧親戚（包括監護人）和/或其他父母或照顧親戚未滿 21 歲子女提供收入證明。

只有當前或過去 12 個月內的家庭收入低於聯邦貧困線 400% 以下，才可申請財務援助/慈善護理。

被認可的收入證明文件列舉如下。

- *最近報稅年度的完整聯邦所得稅稅表影本
（聯合報稅表格可作為配偶 / 伴侶兩人的收入證明）
- *最近兩期的薪資單 / 失業救濟金 / 退休金 / 殘障補助單據影本
- *最近報稅年度的 W-2 或 SSA1099 表格影本

文件可用以下方式遞交本辦公室：

掃描並送電郵至：

charity_care@elcaminohealth.org

傳真：

650-966-9334 Attention: Charity Care

郵寄 / 遞交：

Attn: Charity Care/Patient Financial Services
2505 Hospital Drive, 2nd floor
Mountain View, CA 94040

如果您對申請程序有任何問題，請在週一到週五，上午九點到下午四點致電 650-940-7220 或 800-665-6540 與我們的客戶服務團隊聯繫。

如果您對申請程序有任何問題，請洽詢我們的客戶服務專線 650-940-7220 或 800-665-6540。我們的客服人員從週一到週五，上午九點到下午四點為您服務。

慈善療護申請表

病患資訊：

病歷號碼： _____

姓名： _____ 出生日期： _____

申請人（保證人）資訊：

與病患的關係： _____ 本人 _____ 父母／監護人

姓名 _____ 社會安全碼#： _____

地址： _____ 城市： _____

州, 郵遞區號： _____ 電話號碼： _____

婚姻狀況： _____ 配偶姓名： _____

受撫養人數： _____ 受扶養人年齡（全部列出）： _____

僱主名稱／地址／電話號碼： _____

家庭年度收入 \$ _____ （須檢附收入證明）

您是否投保商業醫療保險？ 是 否

如果是，請提供保險公司名稱與您的身分識別碼：

您是否符合享有聯邦醫療保險的資格？ 是 否

如果是，請提供您的投保範圍（A、B 部分或兩者）以及您的身分識別碼： _____

您是否享有加州醫療補助或其他州醫療補助計畫？ 是 否

如果是，請提供補助的郡名（County）以及您的身分識別碼；

您是否投保海外旅行醫療保險？ 是 否

如果是，請提供保險公司名稱以及您的身分識別碼：

您此次治療是否屬於勞工賠償保險所涵蓋的傷害項目？ 是 否

如果是，請提供保險公司名稱以及您的理賠案件編號：

您此次治療是否由第三方責任險，如汽車保險給付？ 是 否

如果是，請提供汽車保險公司或律師名稱，及您的案件編號：

您此次治療是否因您是犯罪案件的受害者而接受治療？
如果是，請提供您的案件工作人員姓名及您的案件編號：

是 否

病患名稱： _____ 日期： _____

所申請的慈善療護為：（請填寫所有適用於您的項目）

病患全部的醫療費用 \$ _____
（僅適用於沒有保險的病患）

扣除保險給付後的醫療費用 \$ _____
（共同保險 Co-Insurance、自費額 Co-Payment、自付額 Deductible）

備註：加州醫療補助的分攤費用（Share of Cost）金額不符合慈善療護計畫範圍。

可供考慮的額外項目：

如果病患／申請人，或其直系親屬*，在申請日期前十二個月內，在本機構以外的醫院就醫所花費的自付總額**，會是我們審核時的考量之一。病患／申請人必須提供其他醫療機構的帳單等文件以確認以下所列金額正確無誤。

▪ 自付額總金額 \$ _____

*依據人口普查局的定義，家庭為兩人或以上共同生活的成員，彼此因出生、婚姻或領養關係而組成。依照本政策的目的，獨立可因離家生活，結婚，從軍或符合聯邦學生補助申請所規定的條件而成立，請參閱 <https://studentaid.gov/h/apply-for-aid/fafsa>。 **自付總金額包括病患所有的醫療費用、共同保險、自費額或自付金額。

備註：加州醫療補助的分攤費用（Share of Cost）不能包括在自付額內。

我們機構的慈善療護計畫不適用於任何可能參與您療護的醫師費用。

本人保證，我在此提供的財務資訊是完整且正確的，我並同意您的機構可以核實這些資訊。我同意在本人財務狀況有變動時知會貴機構，並在被要求時，提供符合保險資格證明。

本人同意您的機構可揭露本申請表中所包含的資訊給第三方人員或機構以協助本人取得慈善療護或財務減免。

病患／申請人簽名 _____ 日期 _____
（未滿十八歲病患，必須由父母或監護人簽名）

病患代理人簽名 _____ 關係 _____
（如果病患因疾病或殘障無法簽名）