El Camino Health

财务补助申请
说明书

本文件为 El Camino Health 的财务补助计划申请表。请填写及签名后，将表格连同以下证明文件一并提交至本办公室。

申请资格 – 您可能符合慈善医疗 charity care（100% 费用补）资格，如果：(1) 您没有保险或有高额医疗费用，且 (2) 您的家庭收入等于或低于联邦贫困线 Federal Poverty Level 400% 的标准。我们审核资格时，不会考虑您的存款。如果符合资格，您在急诊或接受必要医疗时，收费将不会高于有保险的患者。

证明文件 – 所有申请人都需提供收入证明。可作为收入证明的文件如下列：

- 最近的所得税表（该税表能证明患者首次收到账单的当年度或过去 12 个月收入），**或**
- 最近的工资单（指患者首次收到医院账单前后 6 个月内的工资单，或若为预先申请，则是提交财务补助申请（Financial Assistance Application）时的工资单。

提交申请 – 填写完申请表，请连同证明文件一并提交至本办公室，方式如下：

- **扫描后电邮发送：** charity_care@elcaminohealth.org
- **传真：** ATTN: Charity Care
650-966-9334
- **邮寄/投递：** ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

如果您对申请流程有任何疑问，请于周一至周五上午 9 点到下午 4 点，致电 800-665-6540，联系我们的病患账务客服团队。您有权获得免费申请服务，包括免费口译服务及文件翻译服务。

权利告知 – 申请财务补助不会影响您接受急诊或必要医疗服务的权利，无论您的移民身份为何，皆可提出申请。

病患财务补助申请表 PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

申请收件日期（由医院填写）

Date Application Received (to be completed by El Camino Health): _____

病例号码 Account / Medical Record #: _____

病患姓名 Patient Name: _____

El Camino Health 为符合资格的个人提供免费的慈善医疗（charity care）。如果您只想要申请费免费的折扣方案（discount program），而非慈善医疗，请勾选下方空格：

☐ 仅申请折扣方案的患者（非免费且 El Camino Health 目前未提供）所能获得的财务补助可能低于 El Camino Health 慈善医疗计划提供的补助金额（依据加州法规 Cal. Code Regs., tit. 22, s 96051.8(a)(2)）我确认 El Camino Health 尚未提供折扣方案，但我不想要申请免费医疗。

申请人（**担保人 Guarantor**）信息：

与病患的关系: ☐ 本人 ☐ 父母/监护人

姓名:_____

地址:_____ 城市:_____

州，邮政编码: _____ 电话号码:_____

家用电话(可复数): _____ 手机号码(可复数): _____

社会安全码 #:_____ 出生日期:_____

雇主/工作单位:_____ 单位电话:_____

职业:_____

婚姻状况:_____ 配偶姓名:_____

抚养家属人数 _____ 受抚养者年纪:_____

家庭年收入: $ _____ (须提供收入证明)

请说明符合资格的依据 —

您必须没有保险或有高额的医疗费用。

☐ 我没有保险。

☐ 我有超出收入 10% 的高额医疗费用。

(请填写以下信息。)

A. 我目前家庭年收入或过去 12 个月的家庭收入（择其较低者）: _____

B. 列于 A 栏目 10% 的家庭收入： _____

C. 患者在 El Camino Health 支付的年度自付医疗费用，或患者本人或家屬支付的年度自付醫療費用（需附證明文件，擇其較高者）: _____

本人/我们于下方簽名，聲明所提供的所有信息，据本人/我们所知均真实准确，本人/我们授權 El Camino Health 核实本申请表所列的任何信息。

病患/申请人签名_____ **日期** _____

(若病患未满 18 岁，必须有一位家长或监护人签名) |

代理人签名_____**日期** _____

关系 _____

(如果病患因疾病或身心障碍无法签名。)