

財務補助申請 說明書

本文件為 El Camino Health 的財務補助計畫申請表。請填寫及簽名後，將表格連同下列證明文件一併送回本辦公室。

申請資格 – 您可能符合慈善醫療 charity care (100% 費用補助) 資格，如果：(1) 您沒有保險或有高額醫療費用，且 (2) 您的家庭收入等於或低於聯邦貧困線 Federal Poverty Level 400% 的標準。我們審核資格時，不會考慮您的存款。如果符合資格，您在急診或接受必要醫療時，收費將不會高於有保險的患者。

證明文件 – 所有申請人都需提供收入證明。可作為收入證明的文件如下列：

- 最近的所得稅表（該稅表能證明患者首次收到帳單的當年度或過去 12 個月收入），或
- 最近的薪資單（指患者首次收到醫院帳單前後 6 個月內的薪資單，或若為預先申請，則為提交財務補助申請（Financial Assistance Application）時的薪資單。

提交申請 – 填寫完申請表，請連同證明文件一起送交本辦公室，方式如下：

- 掃描後電郵傳送：charity_care@elcaminohealth.org
- 傳真：ATTN: Charity Care
650-966-9334
- 郵寄/投遞：ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

如果您對申請流程有任何疑問，請於週一至週五上午 9 點到下午 4 點，致電 800-665-6540，聯絡我們的病患帳務客服團隊。您有權獲得免費申請協助，包括免費口譯服務及文件翻譯服務。

權利告知 – 申請財務補助不會影響您接受急診或必要醫療服務的權利，無論您的移民身分為何，皆可提出申請。

病患財務補助申請表 PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

申請收件日期（由醫院填寫）

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

病歷號碼 Account / Medical Record #: _____

病患姓名 Patient Name: _____

El Camino Health 為符合資格的個人提供免費的慈善醫療（charity care）。如果您僅想要申請非免費的折扣方案（discount program），而非慈善醫療，請勾選下方空格：

☐ 僅申請折扣方案的患者（非免費且 El Camino Health 目前未提供）所能獲得的財務補助可能低於 El Camino Health 慈善醫療計畫提供的補助金額（依據加州法規 (Cal. Code Regs., tit. 22, s 96051.8(a)(2)) 我確認 El Camino Health 尚未提供折扣方案，但我不想要申請免費醫療。

申請人（保證人 **Guarantor**）資訊：

與病患的關係： ☐ 本人 ☐ 父母/監護人

姓名: _____

地址: _____ 城市: _____

州, 郵遞區號: _____ 電話號碼: _____

家用電話(可複數): _____ 手機號碼(可複數): _____

社會安全碼 #: _____ 出生日期: _____

雇主/工作單位: _____ 單位電話: _____

職業: _____

婚姻狀況: _____ 配偶姓名: _____

扶養家屬人數 _____ 受扶養者年紀: _____

家庭年收入: \$ _____ (須提供收入證明)

請說明符合資格的依據 一

您必須沒有保險或有高額的醫療費用。

☐ 我沒有保險。

☐ 我有超出收入 10% 的高額醫療費用

(請填寫以下資料。)

A. 我目前家庭年收入或過去 12 個月的家庭收入 (擇其較低者): _____

B. 列於 A 欄目 10% 的家庭收入: _____

C. 患者在 El Camino Health 支付的年度自付醫療費用, 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/我們簽名於下, 聲明所提供之所有資訊, 據本人/我們所知皆真實且正確, 本人/我們授權 El Camino Health 查核本申請表所列之任何資訊。

病患/申請人簽名 _____ 日期 _____

(若病患未滿 18 歲, 必須有一位家長或監護人簽名) I

代理人簽名 _____ 日期 _____

關係 _____

(如果病患因疾病或身心障礙無法簽名。)