



AHMC Seton Medical Center

AHMC Seton Medical Center Coastside

日期：

帳戶號碼：

病患姓名：

慈善照護與財務補助申請表

姓氏 (患者)	名字	中間名	社會安全碼	出生日期
居住地址 (如無固定居住地，請填寫機構地址)			期間	電話號碼
城市	州	郵遞區號	婚姻狀態	

A 部分： 醫療協助審查 – 如答案為是，請圈選「是」，否則圈選「否」。

1. 患者是否未滿 21 歲，或超過 65 歲？ 是/否
2. 患者是否為有未滿 21 歲子女之單親父母？ 是/否
3. 患者是否為 21 歲以下兒童的照護者或監護人？ 是/否
4. 患者是否已婚且有未成年子女？ 是/否
若「是」，那麼患者是否面臨 30 天失能狀態？
5. 患者是否懷孕，或因懷孕相關原因而入院？ 是/否
6. 患者是否可能失能達 12 個月？ 是/否
7. 患者是否為犯罪被害人？ 是/否
8. 患者是否投保了保費已失效之「COBRA」或保單？ 是/否

B 部分

為判斷患者是否符合任何折扣或補助計畫的資格，必須請患者提供下列資訊。

責任當事人/保證人

姓氏：	名字：	與患者關係：本人
社會安全碼：	出生日期：	
居住地址：	電話號碼：	
工作地址：	電話號碼：	
總收入：	請圈選一項： <input type="checkbox"/> 時薪 <input type="checkbox"/> 日薪 <input type="checkbox"/> 週薪 月薪 <input type="checkbox"/> 年薪	
	每週時數：	
若收入為 \$0/未受僱，則您的生存方式為何？	<input type="checkbox"/> 以存款/年金生活 <input type="checkbox"/> 與雙親/家人/友人同住 現為遊民 <input type="checkbox"/> 安置機構	

配偶

姓氏：	名字：		
社會安全碼：	出生日期：		
居住地址：			電話號碼：
工作地址：			電話號碼：
總收入：\$	請圈選一項： <input type="checkbox"/> 時薪 <input type="checkbox"/> 日薪 <input type="checkbox"/> 週薪 <input type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 年薪		
	每週時數：		

姓氏 (如與上述不同，請填寫保證人)	社會安全碼	出生日期	
保證人僱主 (姓名與完整地址)			
電話號碼	每月總支出 \$		
其他僱主 (姓名與完整地址)			
電話號碼	每月總支出 \$		
若未受僱，請填寫最近一位僱主姓名與其完整地址			
最近一次受僱日期			
扶養之親屬 (如需更多空間填寫，請填寫於另一張紙上，並附加於本文件)	出生日期	關係	僱主
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

<input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 有自有房屋			其他月收入 \$ 請說明來源			
債務	債權人	目前餘額	每月付款	資產	銀行代碼與帳戶號碼	帳戶餘額
租金/貸款				支票		
公用事業				存款或憑證		
食品				403(B) 或 401(K)		
汽車貸款				股票與債券		
		目前餘額	每月付款	資產	銀行代碼與帳戶號碼	帳戶餘額
信用卡				IRA		
				汽車 (年份與廠牌)		
				汽車 (年份與廠牌)		
其他義務 (扶養子女、贍養費、保險費用)				住宅市值		
其他資訊				保險現金價值		
積欠其他醫療服務提供者之未繳費用				其他資產 (請說明, 如: 第二棟房屋)		
處方藥物費用						
總債務				總資產		

本人於此證實，本申請表中所有陳述均為真實完整資訊。本人於此授權您檢查本人信用紀錄，以評估本財務補助申請。

簽名	日期
----	----



1900 Sullivan Ave.
Daly City, CA 94015

為使本申請獲得財務補助審查，應繳交所有下列適用之文件

- ▶ 完整填寫並簽名之「財務補助申請」表格
- ▶ 最近一次聯邦所得稅報稅單 (含 W-2 表格與稅率表) 副本
- ▶ 目前薪資明細表副本 (13 週)
- ▶ 社會安全、身心障礙或失業支票或補助通知函副本

- ▶ 州 AHCCS/Medi-Cal 核保決定/拒保通知 (亦即「通知書」) 副本。

您可聯絡居住區域的 Medi-Cal 負責單位，取得上述文件。所有潛在合格患者，都必須提供 AHCCS/Medi-Cal 之「通知書」，其中記載申請已完成與核保或拒保理由。如有任何通知書記載未提供資訊或未參與面談之情形，將無法通過本財務補助申請審查。

- ▶ **3 個月**的當期銀行對帳單 (支票與存款)

請隨附所有必填表格，於 10 天內將已填寫完畢之申請表繳回至下列地址。

Seton Medical Center
1900 Sullivan Ave.
Daly City, CA 94015
收件人：財務顧問

如有任何疑問，請電洽：650-991-6614。

請注意，進行此申請程序不保證能核發財務補助，申請結果確定前，請持續定期支付應付費用。您的申請與所提供資訊均會經過審查及確認，並以書面向您通知審查結果。

感謝您的配合。很期待為您提供協助，幫助您渡過難關。

繳交期限：

帳戶號碼：

帳戶餘額：