



St. Mary Medical Center

A member of CHW

付款补助申请表

患者帐号

患者姓氏

患者名字

患者社会保障 #

患者出生日期

保证人姓氏 (如不是同一人)

名字

保证人社会保障 #

出生日期

保证人家庭住址

()
住宅电话号码

城市

州

邮政编码

保证人雇主姓名

\$
保证人年收入

保证人职务/部门

保证人雇主地址

()
保证人雇主电话

城市

州

邮政编码

配偶雇主姓名

\$
配偶年收入

配偶职务/部门

配偶雇主地址

()
配偶雇主电话

城市

州

邮政编码

家庭成员

姓名	与患者关系	出生日期	雇主	雇主电话
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

CHW 付款补助申请表 (续)

请尽量将下表填写完整：

收入分析	
为了确定您加入 CHW 付款补助计划的资格，请您向我们提供有关您的 <u>家庭税前年收入</u> 的信息。	
工作收入	\$
配偶工作收入	\$
营业收入	\$
租金收入	\$
利息/股息收入	\$
社会保障收入	\$
配偶扶养费/子女抚养费	\$
其它收入	\$
总收入	\$

符合条件货币资产分析	
请 不要 将任何免税/递延帐户 (如 401K 存款帐户、403B 存款帐户和 IRA 存款帐户) 中的资金包括在内。	
支票帐户	\$
储蓄帐户	\$
股票、债券和大量可转让定期存单	\$
其它：	\$
其它：	\$
其它：	\$
其它：	\$
其它：	\$
符合条件货币资产总额	\$

为了确定谁是真正需要财务补助的人士，我们要求必须提交能够证明其财务困难的资料。请将附带的申请表填写完整，然后将其与下列所有资料一并交还。如果您无法提供以下材料中的一项或者存在其他影响评估的因素，请提交一份书面声明，说明您的情况。

1) 身份证明 — 下列一项：

- 社保卡副本
- 由州政府签发的驾照副本
- 其他带有照片的身份证明

2) 货币资产证明 — 下列所有项 (如适用)：

- 上三个月的支票帐户对帐单及储蓄帐户对帐单
- 有关股票、债券和/或大量可转让定期存单的文件

3) 现住址证明 — 下列一项：

- 租金收据
- 公用事业消费帐单

4) 份州 Medicaid/Medi-Cal/AHCCCS 决定/否决通知的副本 (如适用)

5) 收入证明：

- 如被雇用，请附上过去一年的税款申报表和 W-2 (由您雇主提供的收入声明) 的副本，以及过去三个月的支票存根。
- 如接受政府补助，请附上过去三个月每个月的政府补助支票的副本或批函 (即：残障、失业工资存根，或社会保障福利。)
- 如果收入以现金形式接收，请附上您的雇主开具的书面报表，以证明您过去三个月的月收入。
- 如果是个体经营者，请附上过去一年的税款申报表的附表 C 以及带有书面报表的季度会计报告，证明过去三个月期间的收入总额
- 如果没有固定收入请在另外一张纸上扼要写明您过去三个月的财务状况。说明您是如何获得 以及是通过什么渠道获得经济来源以支付您的基本生活费用，例如饮食和住宿。

- 如果是依靠其他人的财务资助生活，请附上一封“财务资助函”。

在下方签名即表示您希望接受付款补助。另外，您还保证您在此申请表上所申报的内容据您所知全部属实。如您所提供的信息被认定为不完整或存在虚假，则取消对您账单的任何折扣，并剥夺您获得的全额付款的资格。如在下方签名，即表示您授权 Catholic Healthcare West 核查证明书和信用记录，以便评估此申请是否符合财务补助要求。

如您从保险公司、劳工补偿计划或任何第三方收到付款，您需同意向医院告知此类支付。对您所接受的医院服务，医院保留向应为您付款的第三方全额收取账单原始费用的权利。

清单负责人（保证人）签名

日期

Attention Special Programs
330 N .Brand, Suite 400
Glendale CA, 91207