



**METHODIST HOSPITAL**  
*of Southern California*

**申請書**

患者姓名： \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_

患者/擔保者(負責人訊息)：

姓名： \_\_\_\_\_

與患者之關係： \_\_\_\_\_

住址： \_\_\_\_\_

城市、州、郵遞區號： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

社會安全號碼： \_\_\_\_\_ 母親本姓： \_\_\_\_\_

患者出生城市/州/國家 \_\_\_\_\_

婚姻狀況：  已婚  離婚  喪偶  未婚  同居伴侶

配偶/同居伴侶訊息：

姓名： \_\_\_\_\_

社會安全號碼： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

家庭人數(包括自己、配偶或同居伴侶以及所有被撫養人)： \_\_\_\_\_

列出所有由您撫養的家庭成員：

被撫養人姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

被撫養人姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

被撫養人姓名： \_\_\_\_\_

METHODIST HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

出生日期： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_

就業狀況：

患者就業中嗎？  是  否 僱主： \_\_\_\_\_

配偶/同居伴侶就業中嗎？  是  否 僱主： \_\_\_\_\_

A 部份： 目前每月總收入(所有一家人的收入都要申報).

如果全家收入為零，請簽姓名的首字母於此 \_\_\_\_\_ 並簡要說明你的財務狀況：

誰是主要的薪資收入者？(選擇一項)

患者

配偶/其他

每月薪水/工資總額 (稅前) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

現金收入 (不包含禮物) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

社會安全總收入 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

其他收入： 失業福利金 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

州政府殘障福利 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

贍養費或子女撫養費 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

退休金收入 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

地產租金收入 \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

其他收入來源 (請說明) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

每月總收入： \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

B 部份： 資產 (您所擁有財產的市值)

支票帳戶： 銀行 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

儲蓄帳戶： 銀行 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

其他帳戶： 銀行 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

住屋市值： \$ \_\_\_\_\_

其他地產市值 (請說明)： \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

自己擁有的事業： \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

經銷權： \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

其他資產： \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

資產總額： \$ \_\_\_\_\_

C 部份： 醫療費用

METHODIST HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

(如果您全家收入超過聯邦貧困線標準 (FPG) 的百分之 350，或是您正申請特殊情形，您必須填完這個部分。必須附上收據及/或逐項詳列舉發票之影印本。)

過去 12 個月應付或已付之小額款項的醫療費用：

- 至醫院或診所看診：\$ \_\_\_\_\_
- 醫生開立之處方藥：\$ \_\_\_\_\_
- 其他費用 (請說明)：\$ \_\_\_\_\_

D 部份：加州醫療福利 **MEDI-CAL 審查** (如果您目前沒有加入 Medi-Cal，您必須填完這個部份)

如果您已經申請加州醫療福利 Medi-Cal 並收到合格、拒絕或還在審核中的書信通知，請與您填好的財務資助申請書一同送交。

針對以下任何一項問題，如果您回答為是，請與您本地的社會安全局聯絡。

- 您的年齡小於 21 或大於 65? ..... 是 否
- 您目前已加入領取社會安全補助金 (SSI)/州政府補貼金 (SSP) 或社會安全殘障保險?..... 是 否
- 您已加入 CalWorks (AFDC)、難民現金協助 (ECA/RCA)、領養保健協助計劃或到府看護服務 (IHSS) 之補助? ..... 是 否
- 您是法律認定的盲人? ..... 是 否
- 您是永久傷殘? ..... 是 否
- 您正懷孕中或者過去三個月中曾經懷孕?..... 是 否
- 您曾被診斷患有乳癌、子宮頸癌或攝護腺癌?..... 是 否
- 您已被轉送到專業護理設施或中期照護之家?..... 是 否
- 您家裏有小於 21 歲的小孩(包括未出生或領養的小孩)? ..... 是 否
  - 如果回答是： 其中有小孩的父母不在身邊或已過世? ..... 是 否
  - 其中有小孩的父母永久傷殘? ..... 是 否
  - 主要薪資收入者正在失業中或是每月工作時數少於 100 小時? ..... 是 否

E 部份：欠缺收入文件證明

如果您沒有收入文件證明，您在此申請書中之簽名證詞將可符合收入審核需求。如果您符合下列任一條件：

- 我並未從我的僱主收到正式的薪資明細表。
- 我沒有任何收入。(如果您勾選此項，您必須提供書面說明您的財務狀況)。
- 我無需申報最近年度收入的聯邦稅或州稅。

## METHODIST HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

### F 部份：財務協定與信用報告授權

---

本人在偽證罪刑罰下宣誓，(i) 在此申請書中提供之以上所有訊息皆為屬實無誤，所有附件也都是正本之準確影印本，或 (ii) 我無法提供有關收入證明之文件或其他收入證據。我授權給南加州循道衛理醫院 (MHSC) 的僱員及代理人員調查並確認我提供的訊息，包括就業歷史和信用紀錄，目的是為了要衡量我加入財務資助計劃的資格。我也明瞭和同意我必須負責支付 MHSC 任何在財務資助計劃給付範圍之外的醫療物資服務費用金額 (未付餘額)。

申請人/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

申請人/監護人之配偶簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_