

## 財務援助申請表填寫說明

此為 **Encino Hospital Medical Center** 財務援助申請表。

本中心提供兩種財務援助計畫，包括**慈善照護**和**費用折扣計畫**。您是否符合免費或折扣照護資格係根據家庭人數及收入而定。財務援助政策之詳細資訊，請上 [www.encinomed.org/help-paying-your-bill](http://www.encinomed.org/help-paying-your-bill)。

**財務援助保障範圍為何？**若您未符合政府計畫申請資格，但符合部分中低收入戶資格，則具備財務支援計畫申請資格。本中心提供財務支援，協助符合資格的病患根據其財務需求支付健康照護費用，包括急診、緊急就醫或醫療必要照護。無論是否已加入醫療保險、未投保或保額不足，只要符合資格，病患即可獲得部分或全額費用保障。

於 **Encino Hospital Medical Center** 任職之醫師未納入本政策。若您需要醫師費相關援助，請洽詢醫師私人辦公室，與辦公室人員確認。

**如需申請表填寫的相關資訊或協助：**本中心提供各種協助（包括語言協助）；請播打病患財務服務專線：**818-501-0434**、週一至週五早上 8 點至下午 5 點，或造訪上述網站確認。

**為使申請表能順利處理，請務必：**

- 提供家庭相關資訊
- 提供家庭每月總收入資訊及文件（稅前／後收入）。更多資訊，請瀏覽財務支援申請表中之收入及家戶規模章節。
- 必要時，檢附其他資訊／文件
- 於表格上簽名並註明日期

**將填寫完整的申請表及相關文件寄至：**

Encino Hospital Medical Center，收件人：病患財務服務  
16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

您亦可親自將申請表與相關文件遞交至上述地址。若適用，本中心將於收到完整申請表及相關文件的 30 天內通知您申請資格及請求權的最終決定。申請表填寫不完整時，您將會收到要求必要文件以處理申請案之信函。提交財務支援申請書，代表您同意本中心進行必要調查，確認財務義務支出項目及資訊。

我們希望提供協助。請立即提出您的申請。  
本中心收到完整的申請表及相關文件前，  
您會持續收到帳單明細。

## 財務支援申請表格 — 機密文件

本中心無法保證申請人一定符合財務支援資格。

請將填寫完整的表格寄至：

Encino Hospital Medical Center，收件人：病患財務服務  
16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

您亦可親自將申請表與相關文件遞交至上述地址。

請完整填寫所有資訊。不適用之項目請填入「NA」。必要時，請檢附其他頁面。

申請日期：	服務日期：
社會安全號碼：（選填）	<input type="checkbox"/> 本人未持有社會安全號碼
病患姓名：	病患出生年月日：
帳號：	聯絡電話： <input type="checkbox"/> 市話 <input type="checkbox"/> 行動
街道地址、城市、州及郵遞區號：	
病患是否為無家者？是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

若您對於填寫表格有任何疑問，請播打本中心病患財務服務專線：**818-501-0434**；週一至週五早上8點至下午5點。

請勾選您有興趣申請的財務協助類型：

- 慈善照護  
 費用折扣計畫

請注意：

- 針對收入文件，醫院可能只會要求提供最近薪資單或所得稅申報表。  
醫院可能接受其他格式之收入文件，但不得要求以其他格式提出。
- 申請慈善照護計畫之病患，所獲得的財務支援可能較獲批額度為低。

問卷：

- 病患在獲得服務時是否為加州居民？ 是 否
- 所獲得的醫療服務是否與汽車意外事故、第三方傷害或勞工保險有關？若有相關，受傷日期為何？\_\_\_\_\_ 是 否
- 病患在獲得服務之時是否有有效的健康保險？ 是 否
- 病患在獲得服務時是否已加入Medi-Cal？若已加入，請隨本申請表檢附健康保險或Medi-Cal卡影本。 是 否

收入及家戶人數：

- 必須揭露所有成年家庭成員之收入。收入包括總額（稅前及扣除額）。收入來源包括如薪資、失業救濟金、自僱、勞工保險、社會安全福利、公共救助及自資產所獲得之收入（如股息、租金收入、共同基金、IRA等）
- 「家人」之定義為：(1)針對年滿18歲之人：配偶、同居伴侶和21歲以下的受撫養子女，無論是否同住；(2)針對18歲以下之人：雙親、照護親屬和雙親或照護親屬之其他21歲以下子女。


**Encino Hospital Medical Center**

家庭成員姓名	出生年月日	與病患之關係	收入來源或雇主名稱	自申請日起3個月的收入	自申請日起12個月的收入
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

- 所有收入來源證明必須與本申請表一併檢附（如最近3個月的薪資單、最近一次的報稅單（IRS表格1040）等）。
- 若您陳述收入為\$0，請提供書面聲明說明您（或病患）之經濟保障為何，包括提供食物、棲身之所、交通的人士等，以及已經有多久沒有收入。

**經常費用（自申請日算起的前12個月）**

本中心使用本資訊，以便更詳細瞭解您的財務狀況。

**每月家庭開支：**

醫療費用** （醫院、醫生、口腔、視力、處方藥等）	\$	健康保險保費** （醫療、口腔、視力）	\$
------------------------------	----	------------------------	----

**\*\*請提供上述所有收據／福利說明書，無論該費用是否已支付。**

**其他資訊**

如有其他您欲知會本中心之當前財務狀況資訊，如財務困難、過多的醫療費用，或季度或臨時收入，請另行檢附相關文件。

**病患同意書**

本人充分瞭解**Encino Hospital Medical Center**得透過審查信用資訊及其他來源獲得資訊以核實資訊，以利協助確認是否符合財務支援或付款計畫資格。

本人確認上述資訊據本人所知均為真實無誤。本人瞭解若提供之資訊經查為不正確，財務支援可能會被否決，且本人必須支付所提供的服務費用。

申請人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_