

患者姓氏		患者名字	患者中间名		
社保号		电话号码	出生日期		
担保人姓氏 (如果不同)		担保人名字	担保人中间名		
街道	市/县	州	邮编		
社保号		电话号码	出生日期		
您是否有工作	是	否	您是否有医疗保险?	是	否

**配偶/家庭伴侣信息**

患者姓氏		患者名字	患者中间名		
街道		市/县	州	邮编	
社保号		电话号码	出生日期		
您是否有工作	是	否	您是否有医疗保险?	是	否

您供养多少人? \_\_\_\_\_

(包括您自己。必须在联邦纳税申报单中提供您供养的人数证明)

**您的收入来源 (请指明所有适用项的每月或每年收入):**

	每月	每年		每月	每年
工作收入	\$ _____	\$ _____	利息/股息收入	\$ _____	\$ _____
配偶工作收入	\$ _____	\$ _____	社保收入	\$ _____	\$ _____
营业收入	\$ _____	\$ _____	赡养/抚养费收入	\$ _____	\$ _____
租金收入	\$ _____	\$ _____	其他收入	\$ _____	\$ _____
<b>总收入:</b>	<b>\$ _____</b>				

**注:** 如果您是接受财政补助的学生, 请随申请表提供学校财政补助副本或信函, 和/或学生贷款信息。

**注:** 收到申请后即会处理信用报告 (可能包括配偶)

**患者签名/法律代表:** \_\_\_\_\_

**日期:** \_\_\_\_\_

需要: [ ] 上一年的纳税申报表 (整个副本) [ ] 困难状况说明函

如果无法提供纳税申报表的副本, 可以提供所附的 11ic:

[ ] 2 个月当前工资单 [ ] 残疾 [ ] 失业

支付计划估计员: 如果您有资格获得部分财政资助, 提供以下信息有助于制定合理的支付计划, 以获得余额提醒。

租金/房款	_____	水电费 -	_____
生活用品	_____	衣物	_____
医疗/牙医费	_____	学校/儿童看护	_____
子女/配偶抚养	_____	交通/车费	_____

**注:** 合理的支付计划是指每月费用不超过家庭收入的 10%, 上述扣缴和费用除外。

(申请表若无上述信息, 便无法受理)

**请在 10 天内寄回此申请表及所有必要的文档**

指定亨廷顿医院 (Huntington Hospital) 为我们的患者提供医疗服务，以及确认我们社区无法承担其医疗相关费用居民的财务需求。在这方面，亨廷顿医院为获得急诊或医疗必要护理的合格患者提供财政资助。患者必须完成申请表、提交特定证明文件并满足下列资格要求。除了亨廷顿医院以外，本政策不包括任何其他服务提供商。

### 谁有资格获得财政资助？

我们的计划帮助低收入、没有医疗保险或保险额不足的患者支付所有或部分医疗费用。家庭收入达到或低于联邦贫穷指标 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 350% 的患者即有资格获得财政资助。可能需要其他信息，这些信息甚至可能最终影响医院的决策。

对于有资格获得财政资助的患者，付费不超过有保险患者急诊或其他医疗必要护理的一般记帐金额 (AGB)。(AGB 在 IRS 第 501(r) 条中定义)。请参阅“财政资助政策”的附录 A。

### 计划的涵盖范围？

本财政资助计划涵盖在亨廷顿医院提供的医疗必要护理。选择性整容服务不属于本政策范围。

### 如何申请财政资助或获取全额保单？

申请表在本文档反面，上有填写说明。

要获取填写申请表的支持或索取政策副本，可在以下任何来源获得帮助：

- 在患者就诊区域的任何住院、门诊或急诊科。
- 在上午 8:00 至下午 4:00 拨打办公电话 626 397-5324
- (下班后请留言)。提供即时翻译服务
- 写信到 Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (免邮费)
- 周一至周五上午 7:00 - 下午 6:00 咨询医院大堂的帮助中心
- 到 [www.huntingtonhospital.com](http://www.huntingtonhospital.com) 下载申请表和政策副本

### 是否有语言支持服务？

本政策和申请表提供我们社区所讲大多数语言的版本，可在上述地点领取。还提供口译服务。

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

#### 说明：

完成财务报 (不受理不完整的申请)

#### 附加必要文档：

收入存根和所得税申报表的完整副本。

困难说明函 (说明您的财务状况的简函)

#### 将所有文档邮寄到：

Huntington Hospital

Attn:Business Office / Financial Assistance Review

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

**请访问：[WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM](http://WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM) 了解计划全文。**

生效日期：2016 年 1 月 1 日