



Montclair Hospital Medical Center

经济援助申请表

申请日期:	服务日期:
患者姓名:	帐号:
街道地址:	电话号码:
城市、州, 邮政编码:	患者出生日期:

如有关于填写此表格的任何问题, 请致电 909-464-8702。

- 1) 患者在接受服务时是否为 California 居民? 是____ 否____
- 2) 患者在接受服务时是否有医疗保险? 是____ 否____
- 3) 患者在接受服务时是否为活跃的 Medicaid 接受者? 是____ 否____

**如果您对问题 2 或 3 的回答为是, 请在本申请中附上您的保险或 Medicaid 卡复印件。

收入:

- 必须披露所有成年家庭成员的收入。收入包括总工资 (税前)、租金收入、失业补偿、社会保障福利、公共援助、股息和利息等。
- “家庭”定义如下: (i) 对于已满 18 岁的人士, 家庭指配偶、家庭伴侣及未满 21 岁的受养子女, 不论是否居在家住; 及 (ii) 对于未满 18 岁的人士, 家庭指父母、监护人、亲属和父母或监护人亲属的其他未满 21 岁子女。如患者是未成年人, 则“家庭”指患者、患者的亲生父母或养父母以及与患者同居一室的父母的其他子女 (亲生或领养)。

家庭成员姓名	年龄	出生日期	与父母的关系	收入来源或雇主名称	在服务日期前 3 个月的收入	在服务日期前 12 个月的收入
			自己			

- 在申请时须提供收入证明 (例如三个月的工资单、最近的纳税申报表 (IRS 表格 1040) 等)。
- 如您报告收入为 0 美元, 请提供书面声明, 说明您 (或患者) 的经济依靠, 包括谁提供食物、住所、交通等等, 以及您有多久没有收入。



Montclair Hospital Medical Center

每月花费:		资产:	
		如您的收入超过联邦贫困线指南的 200%，将使用此信息确定您是否有资格享受折扣护理。	
每月租金 / 抵押贷款	\$_____	支票账户	\$_____
公用事业	\$_____	储蓄账户	\$_____
汽车付款	\$_____	企业股权	\$_____
医疗费用	\$_____	股票和债券	\$_____
保费 (人寿、家居、汽车、医疗)	\$_____	房地产 (不包括主要住所)	\$_____
衣物、食品杂货、家居用品	\$_____		
其他债务 / 费用 (例如子女抚养费、贷款、其他)	\$_____		

本人声明，本人在本申请中陈述的所有内容准确无误，可接受审查，特此签名为证。

本人了解，如本人提供的信息被确定有假，可能会被拒绝提供经济援助，本人可能有责任支付所提供服务的费用。

申请人签名

日期

请将填写完毕的申请交回以下地址：

Montclair Hospital Medical Center
 收件人：患者财务服务部
 5000 San Bernardino Street
 Montclair, CA 91763

2018 年 10 月修订