



## 经济援助申请说明

请注意：本表不是加州医疗援助计划 (Medi-Cal) 的申请表

CHOC 要求您提供所附的申请表和下列证明文件，以便正确评估您在奥兰治 CHOC、CHOC at Mission Hospital、CHOC 诊所或 CHOC 初级保健地点发生的医院/医生费用的减免申请（如可能）。

请填写申请表的所有部分。申请材料中必须包含所列必备文件。任何缺少信息或未提交所需证明文件的申请都将被退回。

**注意：以下文件必须提供。**

这些文件必须与您的经济援助申请一并提交。

最近两 (2) 张工资单存根

上一年度联邦所得税申报表

请提供证明以下其他收入来源的文件，包括：

经营收入（自营职业者）

租金收入

子女抚养费

赡养费

社会保障金

失业救济金

工伤赔偿

福利/AFDC

如果您没有收入或收入证明文件，请附信说明您如何养活自己/家人。

请发送电子邮件至 [FinancialAssistance@choc.org](mailto:FinancialAssistance@choc.org)，获取提交申请和证明文件的安全电子邮件链接。

填妥的申请表也可邮寄至：

CHOC

CHOC Family Payment Center

1201 W. La Veta Ave.

Orange, California 92868-3874

在确定参与资格时，采用的是目前公布的联邦贫困指导线。如需了解 CHOC 儿童医院的经济援助政策，请与我们联系。如果您需要就申请事宜与医院联系，请致电 714-509-8600 联系 CHOC 家庭财务资源中心 (Family Financial Resource Center)。

感谢您选择 CHOC 来满足您孩子的医疗保健需求。

### 患者信息

|                                              |                            |         |
|----------------------------------------------|----------------------------|---------|
| 患者姓名:                                        |                            |         |
| 性别: 男 <input type="checkbox"/>               | 女 <input type="checkbox"/> | 账号:     |
| 患者出生日期:                                      |                            | 服务日期:   |
| 担保人姓名:                                       |                            |         |
| 地址:                                          |                            |         |
| 患者有医疗保险吗?                                    |                            | 有    没有 |
| 患者是否已申请 Medi-Cal 或 CCS?                      |                            | 是    否  |
| 所得税申报中的家庭成员/ 受抚养人数:<br><br>(包含所有 21 岁及以下的子女) |                            | 家庭成员年龄: |

### 收入信息

| 父母/担保人信息  | 雇主信息  | 月收入<br>(税前) |
|-----------|-------|-------------|
| 家长 #1 姓名  | 雇主名称: |             |
|           |       | \$          |
| 家长 #2 姓名: | 雇主名称: |             |
|           |       | \$          |
| 其他收入:     | 收入来源: |             |
|           |       | \$          |
|           |       | \$          |

年化收入: \$

本人签署此表格, 同意允许 **CHOC** 核查本人的就业及信用记录, 以确定本人是否符合享受财务折扣的条件。本人知晓, 需按《经济援助申请说明》的要求提供相关文件。本人保证, 以上所填信息真实准确, 所有收入均已如实申报。

本人明白, 提供此信息是为了申请 **CHOC** 服务相关的经济援助, 申请表中的信息将接受核实, 若故意提供虚假信息, 可能会导致申请被拒绝。

|       |       |
|-------|-------|
| 签名:   | 日期:   |
| 姓名:   | 联系电话: |
| 电子邮箱: |       |