经济援助申请说明

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，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 ☐ 女 ☐		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 否	
患者是否已申请 Medi-Cal 或 CCS？	有 否	
所得税申报中的家庭成员/ 受抚养人数： （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 （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：	