



財務援助申請說明

請注意：本表格並非加州 **Medi-Cal** 計畫的申請表

CHOC 要求您提交隨附的申請表及下列證明文件，以便適當評估您提出的費用減免申請，該申請可能適用於您在奧蘭治郡 CHOC、Mission Hospital 的 CHOC、CHOC 診所或 CHOC 基層照護據點所產生的醫院/醫師費用。

請填妥申請表的所有欄位。申請時必須一併附上列為必備的文件。任何資料不完整或未附上必要證明文件的申請，將退還給您。

注意：必須提供下列文件。

這些文件必須與您的財務援助申請表一併提交。

最近兩份薪資單存根

前一年度的聯邦所得稅申報表

請提供可證明下列其他收入來源的文件，包括：

營業收入（若為自僱人士）

租金收入

子女扶養費

贍養費

社會安全福利

失業給付

勞工補償金

社會福利／AFDC

如果您沒有收入或無法提供收入證明文件，請提供一封信函，說明您如何維持自己／家庭的生活。

請寄送電子郵件至 FinancialAssistance@choc.org，以取得安全的電子郵件連結，用於提交您的申請表及證明文件。

填妥的申請表亦可郵寄至：

CHOC

CHOC 家庭付款中心

1201 W. La Veta Ave

Orange, California 92868-3874

目前公布的聯邦貧窮標準將用於判定資格。目前公布的聯邦貧窮標準將用於判定資格。如果您需要就申請事宜與醫院聯絡，請致電 CHOC 家庭財務資源中心，電話：714-509-8600。

感謝您選擇 CHOC 滿足您家人的醫療照護需求。

患者資訊

患者姓名：		
性別：男 ☐ 女 ☐	帳戶號碼	
患者出生日期：	服務日期：	
就醫日期：		
地址：		
患者是否有醫療保險？	是 ☐ 否 ☐	
患者是否已申請 Medi-Cal 或 CCS？	是 ☐ 否 ☐	
家庭成員人數／ 依所提交所得稅申報資料列示的受扶養人數： （包括所有 21 歲及以下的子女）		家庭成員年齡：

收入資料

父母／保證人資料	雇主資料	每月收入 （稅前）
父母 #1 姓名	雇主名稱：	
		金額
父母 #2 姓名：	雇主名稱：	
		金額
其他收入：	收入來源	
		金額
		金額

年收入：金額

簽署本表格即表示我同意 **CHOC** 查核我的就業及信用紀錄，以判定我是否符合財務費用減免資格。我瞭解，我必須提供《財務援助申請說明》中所列的文件。本人證明上述資料均屬真實且正確，並已申報所有收入。

我瞭解，提供此資訊是為了判定在 **CHOC** 接受服務後是否可能符合財務援助資格，申請表中的資訊可能會經過查證，若蓄意提供不實資訊，可能導致申請遭到拒絕。

簽名：	日期：
姓名：	聯絡電話：
電子郵件：	