



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：

商业收入（自营职业者）

租金收入

儿童抚养

赡养费

社会保险

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 <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： (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：\$

就我所知，我所提供的信息真实准确。我已经或将要申请可用于支付医疗服务费用的任何援助（Medi-Cal、Healthy Families、保险等），我将采取任何合理必要的行动以获得此类援助，并将向医院转让或支付所获得的医疗服务补偿款项。

我了解本申请表是医院评估经济援助获取资格的工具。我还了解，医院将对信息进行核实，包括获取信用报告。如果我提供的信息被证明是不真实的，或者如果我未能遵守 Medi-Cal、Medicare、California Children's Services 或其他已确定计划的转介程序，这可能导致我丧失参加经济援助计划的权利。

签名：	日期：
姓名：	联系电话：
电子邮箱：	