

经济援助申请表

说明

要获得完成此申请的免费协助，请致电 **1-866-967-4677 (TTY: 711)**（上午 8 点至下午 4:30，周一至周五）联系患者金融服务部，或亲自前往 **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**（上午 8 点至下午 4:30，周一至周五）。

欲获得有关经济援助选项的更多信息，请在线访问我们网站：scvh.org/bill-help。

请填写此完整申请表并将其返回至患者金融服务部：

- **通过传真**，传真号码为 **1-408-494-7848**
- **通过邮寄或当面提交**，地址为 **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**，或
- **通过电子邮件**发送至 HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

备注：如果您选择通过电子邮件发送给我们，我们建议您对消息进行加密以保护您个人文件的隐私和安全。

您也必须提供如下文件的至少一种以支持您的申请：

1. **身份证明**（如：驾照、护照、政府签发的身份证、工作或学校证件或出生证加健身房或其他身份证）；以及
2. **收入证明**（最近的工资单、所得税申报表）。

如果您是圣克拉拉县居民且希望申请最长持续一年的长期经济援助，还需提交居住证明（如：租赁合同/租契/抵押、水电费账单、车辆登记或无家可归申报单）。慈善医疗或折扣付款的资格不要求居住证明。

医疗保健保险计划的资格不同于县慈善医疗和折扣付款计划（被称为“医疗保健获取计划”或 HAP）可能要求其他证明文件。申请者将被告知需提供何种文件，如有需要。按照 HAP 仅申请折扣付款的患者所收到的经济援助可能会少于按照 HAP 慈善护理条件所收到的可用经济援助。

如需以其他语言获得此申请和相关的信息或以不同格式访问——包括但不限于大字体印刷、盲字、音频和可访问且可通过逻辑阅读顺序以屏幕阅读器阅读的电子格式——请致电 **1-866-967-4677 (TTY: 711)** 联系患者金融服务部。



背景信息

法定姓名（姓氏、名字、中间名）：	
性别：	首选语言：
电子邮件地址：	<input type="checkbox"/> 查看 这里 同意通过安全的电子邮件接收有关此申请的更新
电话号码： () -	邮寄地址（包括城市、州、邮编）：
是否是美国公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是圣克拉拉县居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否是美国退伍军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是合法永久居民 / 绿卡持有者 / 就业授权文件持有者？
母亲的婚前姓氏：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答是“是”，居住了多久？ _____ 年 _____ 个月
申请者的工作状态： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 不适用 最近的工作地点名称和电话号码： _____ / () - 最近被雇用/自主经营日期： __ / __ / __ 至 __ / __ / __	
配偶/同居伴侣的工作状态： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主经营 <input type="checkbox"/> 不适用 最近的工作地点名称和电话号码： _____ / () - 最近被雇用/自主经营日期： __ / __ / __ 至 __ / __ / __	
残疾预期持续 12 个月或更久？ <input type="checkbox"/> 是，我是 <input type="checkbox"/> 是，我的配偶/同居伴侣是 <input type="checkbox"/> 否	

家庭状况

请在下方列出您所有的家庭成员包括您自己、您的配偶或同居伴侣以及年龄在 21 岁以下的受抚养子女或任何年龄的残疾子女（无论是否在家居住）。如果您在您的纳税申报单上提到此人，请勾选复选框 (□)。



法定姓名 (姓氏、名字、中间名)	出生日期 (月/日/年)	与您的关系	社会保险号 (如适用)
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			

医疗保健保险和获取

您有健康保险 (包括但不限于 Medicare、Medi-Cal、加州全保计划、雇主出资保险和/或其他第三方与医疗保健支出相关的保险) 吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保险公司名称:
保险公司联系电话: () - () -
如果您受伤, 此伤是否由第三方造成 (如车祸或滑到和摔倒)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否有其他适用的保险 (如汽车保险单)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在过去 12 个月, 您或您的家人是否支付任何自费医疗保健支出 (如部分负担金额、共同保险、免赔额以及保险没有承保的账单)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是, 请说明已支付的总金额: \$ _____
(如适用) 我有初级护理医师, 来自: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> 社区诊所
(如适用) 家庭医生姓名:

目前月收入

请填写下方表格, 使用您所有家庭成员的总收入 (即税前) (包括您自己、您的配偶或同居伴侣以及年龄在 21 岁以下的受抚养子女或任何年龄的残疾子女, 无论是否在家居住)。

月收入来源	患者	配偶	其他	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY
1. 工作收入 (薪水、工资、现金收入和其他补偿)	\$	\$	\$	
2. 企业经营收入 (如自主经营)	\$	\$	\$	



3.利息和股息收入	\$	\$	\$	Total gross monthly income: \$ _____
4.房地产或个人财产收入	\$	\$	\$	
5.社会保险收入	\$	\$	\$	
6.其他收入 (请注明: _____)	\$	\$	\$	
7.收到的赡养费 / 子女抚养费	\$	\$	\$	Family Size: _____
8.支付的赡养费 / 子女抚养费	\$	\$	\$	
总收入 (添加至上面的第1至第7行) 减去任何支付的赡养费 / 子女抚养费 (第8行)	\$			FPL Level: _____

其他信息

如果您还有其他想让我们知悉的有关您经济援助申请的信息, 请将其填写在下面的方框内或附上单独的文件。如没有, 请将此方框留空。

宣言和签名

我宣誓在伪证罪惩罚下我在此申请中所提供的信息是真实且据我所知是正确的, 对于我不知道回答的任何问题, 我已采取合理的方法与知道此类问题回答的人确认了回答。我理解我必须对我的住处、财务状况、家庭规模和/或保险承保的任何变更在变更出现的 60 天内或下一次的服务时间点 (以较早出现者为准) 通知圣克拉拉县卫生系统 (CSCHS)。我同意发布我的健康记录信息以收到与圣克拉拉县有合约提供商提供的协作性医疗保健, 以及圣克拉拉县社会服务机构出于确定 Medi-Cal 资格之目的并分享我的 Medi-Cal 状态信息。我授权 CSCHS 根据需要验证在此申请表中所提供的任何信息。

日期

签名