



## 經濟援助申請表

### 說明

要獲得完成此申請的免費協助，請致電 **1-866-967-4677 (TTY: 711)**（上午 8 點至下午 4:30，週一至週五）聯繫患者金融服務部，或親自前往 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128（上午 8 點至下午 4:30，週一至週五）。

欲獲得有關經濟援助選項的更多資訊，請在線訪問我們網站：[scvh.org/bill-help](http://scvh.org/bill-help)。

請填寫此完整申請表並將其返回至患者金融服務部：

- 透過傳真，傳真號碼為 1-408-494-7848
- 透過郵寄或當面提交，地址為 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128，或
- 透過電子郵件發送至 [HHSVCApp@hhs.sccgov.org](mailto:HHSVCApp@hhs.sccgov.org)

*註釋：如果您選擇透過電子郵件發送給我們，我們建議您對消息進行加密以保護您個人文件的隱私和安全。*

您也必須提供如下文件的至少一種以支持您的申請：

1. 身份證明（如：駕照、護照、政府簽發的身份證、工作或學校證件或出生證加健身房或其他身份證）；以及
2. 收入證明（最近的工資單、所得稅申報表）。

如果您是聖塔克拉拉縣居民且希望申請最長持續一年的長期經濟援助，還需提交居住證明（如：租賃合同/租契/抵押、水電費賬單、車輛登記或無家可歸申報單）。慈善醫療或折扣付款的資格不要求居住證明。

醫療保健保險計畫的資格不同于縣慈善醫療和折扣付款計畫（被稱為「醫療保健獲取計畫」或 HAP）可能要求其他證明文檔。申請者將被告知需提供何種檔案，如有需要。按照 HAP 僅申請折扣付款的患者所收到的經濟援助可能會少於按照 HAP 慈善護理條件所收到的可用經濟援助。

如需以其他語言獲得此申請和相關的資訊或以不同格式訪問——包括但不限於大字體印刷、盲字、音頻和可訪問且可透過邏輯閱讀順序以屏幕閱讀器閱讀的電子格式——請致電 1-866-967-4677 (TTY: 711) 聯繫患者金融服務部。



## 背景資訊

法定姓名（姓氏、名字、中間名）：	
性別：	首選語言：
電子郵件地址：	<input type="checkbox"/> 查看這裡同意透過安全的電子郵件接收有關此申請的更新
電話號碼： ( ) -	郵寄地址（包括城市、州、郵編）：
是否是美國公民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是聖塔克拉拉縣居民？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否是美國退伍軍人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否是合法永久居民 / 綠卡持有者 / 就業授權文件持有者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
母親的婚前姓氏	如果回答是「是」，居住了多久？ _____ 年 _____ 個月
申請者的工作狀態： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主經營 <input type="checkbox"/> 不適用	
最近的工作地點名稱和電話號碼： _____ / ( ) -	
最近被雇用/自主經營日期： ___ / ___ / ___ 至 ___ / ___ / ___	
配偶/同居伴侶的工作狀態： <input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自主經營 <input type="checkbox"/> 不適用	
最近的工作地點名稱和電話號碼： _____ / ( ) -	
最近被雇用/自主經營日期： ___ / ___ / ___ 至 ___ / ___ / ___	
殘疾預期持續 12 個月或更久？ <input type="checkbox"/> 是，我是 <input type="checkbox"/> 是，我的配偶/同居伴侶是 <input type="checkbox"/> 否	

## 家庭狀況

請在下方列出您所有的家庭成員包括您自己、您的配偶或同居伴侶以及年齡在 21 歲以下的受撫養子女或任何年齡的殘疾子女（無論是否在家居住）。如果您在您的納稅申報單上提到此人，請勾選複選框 (□)。

法定姓名 (姓氏、名字、中間名)	出生日期 (月/日/ 年)	與您的關係	社會保險號 (如適用)
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			
(□)			



(□)			
-----	--	--	--

**醫療保健保險和獲取**

您有健康保險（包括但不限於 Medicare、Medi-Cal、加州全保計劃、雇主出資保險和/或其他第三方與醫療保健支出相關的保險）嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
保險公司名稱：
保險公司聯繫電話：(     )     -       (     )     -
如果您受傷，此傷是否由第三方造成（如車禍或滑到和摔倒）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否有其他適用的保險（如汽車保險單）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在過去 12 個月，您或您的家人是否支付任何自費醫療保健支出（如部分負擔金額、共同保險、免賠額以及保險沒有承保的賬單）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，請說明已支付的總金額：\$ _____
（如適用）我有初級護理醫師，來自： <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> 社區診所
（如適用）家庭醫生姓名：

**目前月收入**

請填寫下方表格，使用您所有家庭成員的總收入（即稅前）（包括您自己、您的配偶或同居伴侶以及年齡在 21 歲以下的受撫養子女或任何年齡的殘疾子女，無論是否在家居住）。

月收入來源	患者	配偶	其他	<b>DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY</b>  Total gross monthly income:  \$ _____  Family Size:  _____
1.工作收入（薪水、工資、現金收入和其他補償）	\$	\$	\$	
2.企業經營收入（如自主經營）	\$	\$	\$	
3.利息和股息收入	\$	\$	\$	
4.房地產或個人財產收入	\$	\$	\$	
5.社會保險收入	\$	\$	\$	
6.其他收入（請註明：_____）	\$	\$	\$	
7.收到的贍養費 / 子女撫養費	\$	\$	\$	
8.支付的贍養費 / 子女撫養費	\$	\$	\$	
總收入（添加至上面的第1至第7行）減去任何支付的贍養費 / 子女撫養費（第8行）	\$			

		FPL Level:
--	--	------------

### 其他資訊

如果您還有其他想讓我們知悉的有關您經濟援助申請的資訊，請將其填寫在下面的方框內或附上單獨的文檔。如沒有，請將此方框留空。

### 宣言和簽名

我宣誓在偽證罪懲罰下我在此申請中所提供的資訊是真實且據我所知是正確的，對於我不知道回答的任何問題，我已採取合理的方法與知道此類問題回答的人確認了回答。我理解我必須對我的住處、財務狀況、家庭規模和/或保險承保的任何變更在變更出現的 **60 天內**或下一次的服務時間點（以較早出現者為準）通知聖塔克拉拉縣衛生系統（**CSCHS**）。我同意發佈我的健康記錄資訊以收到與聖塔克拉拉縣有合約提供商提供的協作性醫療保健，以及聖塔克拉拉縣社會服務機構出於確定 **Medi-Cal** 資格之目的並分享我的 **Medi-Cal** 狀態資訊。我授權 **CSCHS** 根據需要驗證在此申請表中所提供的任何資訊。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
簽名