

财务援助申请表填写指南

请将填妥的申请表及证明文件交回至以下地点：

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
File 1688
1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

办公时间：上午 8:00 至下午 4:30
 工作日：周一至周五
 电话号码：323-866-8600
 电子邮箱：Patient.Billing@cshs.org

财务援助申请表 包含所需证明文件的清单

此表为本医院的财务援助申请表。如果您有任何问题，请通过以上联系方式进行咨询。

您有两种获取财务援助的途径。第一种途径为常见途径，您需要根据符合本院的财务援助政策（简称“政策”）资格的情况，来申请最高财务援助（即“综合财务援助”）。第二种途径针对想申请有限财务援助（“有限财务援助”）的患者简化了申请要求。

如需我们考虑让您加入这些财务援助计划，请填写此申请表，以帮助组织确定您是否有资格获得折扣。即使您提出申请，我们也不能保证您一定有资格。在我们收到您填妥的申请表和文件后，我们将向所有等待批准/拒绝的患者提供书面答复。

本政策适用于由 Cedars-Sinai Medical Center、Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital、担任教员的 Cedars-Sinai 的教师医生、Cedars-Sinai Medical Care Foundation 雇佣的医生或签订独家专业服务协议的医疗团队、Cedars-Sinai Community Urgent Care Medical Group, Inc 的急诊科医生、Huntington Hospital 和 Huntington Health 的医生（统称“组织”）提供的医疗必要护理。选择性服务/美容服务和上述地区以外的任何其他服务提供者不属于本计划的涵盖范围。

您可以通过邮寄或发送电子邮件的方式提交填妥的申请表。请提交下文要求的所有文件。如有缺少或未附文件的情况，可能会导致财务援助申请被延误或拒绝。如果您无法提供特定文件，请随附解释函。

未能提供所有必要信息可能导致申请遭拒。

请注意：如果您没有保险并且符合特定的 MEDI-CAL 推定资格标准，则您无需填写此申请表。

为申请表提供的收入证明文件需要提供的文件：	综合财务援助	有限财务援助
上两个月的工资单	必需	必需
上一年的联邦纳税申报表。 • 如果未提交联邦纳税申报表，请提供最近的 W2 或 1099 表格。 • 如果由于暂时残疾或失业而延迟提交联邦纳税申报表，请提供未报税证明表。请致电 1-800-908-9946 或访问 www.irs.gov/individuals/get-transcript 以获取副本（请使用表格 4506-T 或 4506T-EZ）。	必需	必需
上两个月的失业、社会保障或残疾鉴定声明	必需	可选
所有支票、储蓄和信用合作社账户上两个月的银行对账单（请提供所有页面）。	必需	可选
租金或抵押贷款证明。	必需	可选
如适用，Medi-Cal 申请表的回复信（批准或拒绝）。	必需	可选

配偶/伴侣文件：

- 如果您已婚、处于民事结合关系或有同居伴侣，请提供有关您配偶/伴侣的适用的“收入证明”文件。请参考以上文件清单，可提交的文件包括但不限于工资支票、鉴定声明、联邦纳税申报表、W2 或 1099 表格、报税延迟证明表、银行对账单和赡养费/子女抚养费。

填妥的申请表：

- 填妥的申请表必须包括申请日期和申请者的签名。

选择有限财务援助或综合财务援助

申请有限财务援助的申请人所获援助的金额，最多为针对相同服务申请全额财务援助的申请人所获援助金额的一半。

财务援助申请表**请勾选您想申请的财务援助类型：**

- 有限财务援助（有上限，援助比例为 0% 至 50% 不等）
- 综合财务援助（无上限，援助比例为 0% 至 100% 不等）

请勾选适用于申请者的计划或经历：

- 妇女、婴儿和儿童营养计划 (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- 精神上无行为能力，且无人代表患者行事
- 补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- 符合 Medi-Cal 资格，但服务日期不符合
- 无住所
- 已故且无遗产

患者信息

患者姓名		社会安全号码	出生日期	
家庭住址		城市	州	邮政编码
住宅电话	手机号码	电子邮箱		
首选联系方式 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 手机			家庭年收入：\$ _____	
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侣			家庭人数（根据纳税申报表）：	
就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失业 - 最后工作日期：_____				
雇主名称		电话号码		
雇主地址		城市	州	邮政编码

配偶/同居伴侣/父母/担保人信息

与患者的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 担保人 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
姓名	社会安全号码	出生日期
就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失业 - 最后工作日期：_____		

雇主名称		电话号码	
雇主地址		城市	州 邮政编码
保险承保范围			
您是否有资格获得任何健康保险? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 请提供以下信息:			
投保人	保险公司	保单号码	
投保人	保险公司	保单号码	
开支和资产信息			
当前月收入	患者/担保人	配偶/伴侣	总计
总收入	\$	\$	\$
自雇净收入	\$	\$	\$
利息和股息	\$	\$	\$
不动产或出租物业	\$	\$	\$
社安金/退休金/残疾补贴	\$	\$	\$
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
其他	\$	\$	\$
每月总收入	\$	\$	\$
基本生活开支			
基本生活开支	患者/担保人	配偶/伴侣	总计
租金或抵押贷款	\$	\$	\$
不动产税	\$	\$	\$
公用事业和电话费	\$	\$	\$
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
车贷/租赁付款	\$	\$	\$
教育	\$	\$	\$
学校/儿童保育 (未成年受抚养人)	\$	\$	\$
食物	\$	\$	\$
保险	\$	\$	\$
其他费用	\$	\$	\$
每月总开支	\$	\$	\$
当前医疗债务			
当前医疗债务	患者/担保人	配偶/伴侣	总计
未偿医疗债务 (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
其他医疗债务	\$	\$	\$

资产（不包括退休账户）	患者/担保人	配偶/伴侣	总计
支票/储蓄/信用合作社账户	\$	\$	\$
股票和债券	\$	\$	\$
金融市场/经纪账户	\$	\$	\$
存款证明	\$	\$	\$
总资产	\$	\$	\$

本人证明，据本人所知，此申请表中的信息均真实准确。本人同意申请本人可能有资格获得的任何地方、州和联邦援助，以帮助削减任何医院和专业服务账单的费用。本人理解，本组织可能会核实本人提供的信息，并且本人授权他们与第三方联系，以核实本申请表中所提供信息的准确性。本人理解，如果本人故意提供不正确的信息，或者如果申请表中包含重大错误或遗漏，本人将不再有资格获得财务援助。如果本人之前曾获得财务援助，届时可能会被撤销资格，且本人需要负责支付未结欠款。

财务援助申请者签名

日期

配偶/同居伴侣/担保人签名（如适用）

日期