Northridge Hospital Medical Center

經濟援助申請表說明

這是在 *CommonSpirit Health* 機構的經濟援助申請表。

CommonSpirit Health 向滿足某些收入要求的人和家庭提供經濟援助。即使您有健康保險，您也可以根據家庭人數和收入有資格獲得免費照護或折扣照護。家庭收入低於聯邦貧困水平指引的 500% 的任何患者，均應獲得援助。聯邦貧困水平指南的相關資訊詳見 **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines**。

經濟援助涵蓋什麼？醫院的經濟援助涵蓋 CommonSpirit Health 根據您的資格而提供的適當、基於醫院的服務。經濟援助可能無法涵蓋所有醫療保健費用，包括其他組織提供的服務。

如果您在填寫此申請時有疑問或需要幫助：您可以基於任何原因（包括殘疾和語言幫助）獲得幫助：(818) 885-5368

為了處理您的申請，您必須：

- 向我們提供有關您家庭的資訊
- 向我們提供有關您家庭每月總收入（扣除稅收和扣除額前的收入）的資訊
- 提供家庭收入證明文件
- 提供家庭資產證明文件
- 如有需要，請附上其他資訊
- 在表格上簽名並註明日期

注意：您無需提供社會安全號碼即可申請經濟援助。如果您向我們提供您的社會安全號碼，將有助於加快您的申請處理速度。社會安全號碼用於驗證提供給我們的資訊。如果您沒有社會安全號碼，請註明「不適用」（NA）。

請將已填妥的申請表及所有文件郵寄或傳真至：Northridge Hospital Medical Center, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008 Fax: 877-691-1151。請自己保留一份副本。

要親自提交已填妥的申請：Northridge Hospital & Medical Center, 18300 Roscoe Blvd., Northridge, CA 91325

我們將在收到已填妥的經濟援助申請（包括收入證明）後的 30 個日曆日內，將最終資格確定和上訴權（如果適用）的事宜通知您。

提交財務援助申請，即表示您同意我們進行必要的查詢，以確認財務義務和資訊。

我們想提供幫助。請及時提交您的申請！

在我們收到您的資訊之前，您可能會收到帳單。

Northridge Hospital Medical Center

經濟援助申請表－機密資訊

請完整填寫所有資訊。如果不適用，請註明「不適用」。如有需要，請附加其他頁面。

篩選資訊
您是否需要口譯員？ □ **是** □ **否** *如果是，請列出偏好語言：*
患者是否已申請 Medicaid？ □ **是** □ **否** *在獲得經濟援助之前可能需要申請*
患者是否獲得州公共服務，例如食品券或婦女、嬰兒與孩童特殊營養補助計畫（WIC）？ □ **是** □ **否**
患者目前無家可歸嗎？□ **是** □ **否**
患者的醫療照護是否與車禍或工傷有關？ □ **是** □ **否**
接受過治療所在的 Dignity Health 或 CommonSpirit Health 醫院清單：

請注意
• 即使您提出申請，我們也不能保證您有資格獲得經濟援助。 • 在您提交申請後，我們可能會檢查所有資訊，並可能要求提供其他資訊或收入證明。

患者和申請人資訊			
患者名	患者中間名		患者姓
生日	患者帳戶號碼：		患者社會安全號碼（選填＊）
負責支付帳單的人	與患者的關係	生日	社會安全號碼（選填＊）
_____ 郵寄地址 _____ 市　　州　　郵遞區號			主要聯絡號碼 (　) _____ (　) _____ 電子郵件地址： _____

負責支付帳單的人的就業狀況

□ **受僱**（僱用日期：_____） □ **失業**（失業時間長度：_____）

□ **自僱** □ **學生** □ **殘疾** □ **退休** □ **其他**（_____）

家庭資訊

列出您家庭中包括您在內的家庭成員。患者的「家人」包括：

- 對於 18 歲及以上的人－配偶、家庭伴侶以及 21 歲以下的受撫養子女，無論是否在家居住。
- 對於未滿 18 歲的人－父母、親屬照護者以及父母或親屬照護者的其他未滿 21 歲的子女。

家庭人數_____ *如有需要，請附加其他頁面*

姓名	生日	與患者的關係	如果為 18 歲或以上： 雇主名稱或收入來源	如果為 18 歲或以上： 總月收入（稅前）：	也申請經濟援助？
					是／否
					是／否
					是／否
					是／否
					是／否
					是／否

必須揭露所有成年家庭成員的收入。收入來源包括：

- 工資 - 失業 - 自僱 - 工人補償 - 殘疾 - 社會安全生活補助金
- 子女／配偶撫養費 - 工作學習計畫（學生） - 養老金 - 退休帳戶分配
- 其他（*請註明：*_____）

Northridge Hospital Medical Center

經濟援助申請表－機密資訊

收入資訊

請記得：*您的申請中必須包括收入證明。*

您必須提供有關家庭收入的資訊。需要進行收入驗證才能確定經濟援助。

所有 18 歲或以上的家庭成員都必須揭露其收入。請提供每一個確定的收入來源的證明。收入證明的範例包括：

- 最近的報稅表，包括時間表（如適用）；或者
- 「W-2」扣繳憑單；或者
- 目前的工資單（*6 個月*）；或者
- 雇主或其他人的書面簽署聲明；和
- 批准或拒絕 Medicaid 或國家資助的醫療援助資格；或
- 批准或拒絕失業補償。

如果您沒有收入證明或沒有收入，請附加另一頁包含簽署聲明，其中說明您如何支持基本生活費用（例如住房、食品和水電等）。

資產資訊

請記得：*您的申請中必須包括資產證明。*

您必須提供任何家庭成員擁有的所有資產的相關資訊。需要進行資產驗證才能確定經濟援助。

所有 18 歲或以上的家庭成員，都必須揭露其可用的財務來源。請提供每一個確定的資產來源的證明收入證明的範例包括：

- 目前的銀行對帳單（顯示最近 3 個月）
    - 支票帳戶
    - 儲蓄帳戶
- 投資，包含股票與債券
- 信託基金
- 貨幣市場帳戶
- 共同基金
- 撤資不會遭受罰款的其他投資基金

額外資訊

如果您希望我們知道有關您當前財務狀況的更多資訊，例如財務困難、過多的醫療費用、季節性或臨時收入或個人損失，請再另外附加一個頁面。

患者同意

我理解，CommonSpirit Health 可能會檢閱信用資訊並從其他來源獲取資訊以驗證資訊，從而協助確定對於經濟援助或付款計畫的資格。

- 我證明，我提供的資訊為據我所知的真實且正確的資訊。
- 我將獨立或在醫院工作人員的協助下，申請任何及所有援助，這些援助將透過聯邦、州、地方政府和私人管道獲得，以幫助支付此醫療帳單。
- 我理解，如果我不配合 CommonSpirit Health 提供所需的資訊，我的申請可能會被拒絕。
- 我理解，我提交的資訊必須經過 CommonSpirit Health（包括信用報告機構）的驗證，並需要接受聯邦和／或州機構及其他機構的審查。
- 我理解，可能還需要更多資訊才能獲得援助。

如果您從保險公司、工人賠償計畫或任何其他第三方收到付款，則您同意通知醫院此類付款。如果第三方為您醫院服務付款，則醫院保留託收原始、全額費用的權利。

_____ _____

申請人簽名 日期

加州醫院公平計費計畫

注意：
如需以您的語言提供協助，請撥打 (818) 885-5368， 或造訪 Northridge Hospital Medical Center。辦公室開放時間：上午 8:00 至下午 4:30，地址為 Northridge Hospital & Medical Center, 18300 Roscoe Blvd., Northridge, CA 91325 。為殘障人士提供輔助工具和服務，例如點字、大字體、音訊和其他無障礙電子格式的文件。這些服務均免費。

協助您支付帳單

有免費的消費者權益組織可幫助您了解計費和付款流程。請致電 888-804-3536，聯絡健康消費者聯盟，或造訪 healthconsumer.org，以了解更多資訊。

醫院帳單投訴計畫

醫院帳單投訴計畫屬於州計畫，負責審查您是否有資格取得醫院帳單付款援助的決定。如您認為您被拒絕經濟援助的決定有誤，可向醫院帳單投訴計畫提出投訴。請造訪 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov，以了解更多資訊並提交投訴。

折扣付款或慈善照護資格申請

(1) 針對僅申請折扣付款的病患，醫院僅可要求 最近的薪資單，或所得稅申報表，以作為收入證明。
(2) 僅申請折扣付款的病患所獲得的經濟援助，可能會 比慈善照護計畫可向他們提供的援助較少。