Rady Children's Hospital – San Diego

財務援助申請指南

說明

Rady Children's Hospital San Diego 的財務援助計畫 (Financial Assistance Program) 為符合以下情況的患者提供財務援助：在醫學上有必要的健康照護需求且屬於低收入群體、未參保或保額不足、不符合政府計畫資格，且因其家庭經濟狀況而無力支付醫療上必要的照護費用。

為了確定患者/擔保人是否有資格獲得財務援助，我們需要獲取某些財務資訊。

請完整填寫隨附的申請表，並連同下列文件的副本提交給我們：

1. 患者/家庭收入證明文件。可透過以下任一方式核實收入：1. 納稅申報表（首選）2. 近期工資單/工資匯款記錄，或者透過電話向雇主核實

如果患者/擔保人無法提供收入證明，Rady Children's 可自行決定要求患者/擔保人簽署聲明並承擔偽證責任，內容包括：(i) 表明在財務援助申請表中提供的任何收入資訊真實無誤、(ii) 解釋未能提供收入證明的原因，以及 (iii) 核實 Rady Children's 對其收入的計算結果是否準確。

2. 如果患者有保險，並且患者/擔保人因高額醫療費用提出財務援助申請，則需要提供實際為患者支付的醫療費用的證明，包括過去 12 個月內並非在本院產生的相關醫療費用（如有）。擔保人產生的與患者無關的費用不予納入計算。醫療費用必須達到或超過前 12 個月的年收入的 10%。
3. 可表明是否擁有第三方健康保險（私人保險【包括透過加州健康福利交換所 (California Health Benefits Exchange)】購買的保險、Medi-Cal、加州兒童服務計畫 (California Children's Services, CCS)、Tricare、Medicare、工傷保險、汽車保險或其他保險）的證明文件。

未附上收入證明或經簽署聲明的申請表將視為不完整，恕不處理。如需協助填寫本申請表，請撥打 858-966-4005 與Rady Children's Hospital – San Diego 聯絡。請將申請表和收入證明郵寄或親自遞送至以下地址：

Financial Counseling Department
Rady Children's Hospital – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

我們會將資格通知發送至您在財務援助申請中提供的地址。

患者姓名 _____
 擔保人姓名 _____
 擔保人姓名 _____
 地址 _____
 電話號碼 _____

家庭狀況：請列出家庭中的所有受撫養人

姓名	年齡	關係
受撫養人總數：		

就業和職業資訊

擔保人雇主：_____ 職位：_____

聯絡人及電話號碼：_____

如果是個體經營者，請填寫公司名稱：_____

擔保人雇主：_____ 職位：_____

聯絡人及電話號碼：_____

如果是個體經營者，請填寫公司名稱：_____

當前月收入

	擔保人	擔保人
總工資（扣除前）	_____	_____
加上 經營業務收入（如果是個體經營者）	_____	_____
等於 當前月收入	_____	_____
每月總收入（合併兩名擔保人的收入）	_____	

簽署此表格，即表示本人同意允許 **Rady Children's Hospital – San Diego** 核查本人的就業和信用記錄，以確定本人是否符合財務減免資格。本人瞭解，本人還需要按照 **RCHSD** 財務援助申請指南的要求提供指定文件。本人證明，以上所有資訊均真實無誤，並且所有收入均已申報。本人瞭解，提供此資訊是為了確定在 **Rady Children's Hospital San Diego** 接受服務時是否可能獲得財務援助；醫院工作人員可核實申請表上的資訊，並且如果故意做出虛假陳述，可導致取消申請資格。

擔保人簽名

日期

擔保人簽名

日期