

Rady Children's Hospital San Diego

财务援助申请说明

说明

Rady Children's Hospital San Diego's 财务援助计划 (Financial Assistance Program) 面向存在医疗必需诊疗需求，且属于低收入、无保险、保险保障不足、不具备政府计划申请资格，同时结合家庭财务状况无力承担医疗必要护理费用的患者提供财务援助。

为判定患者/付款责任人是否具备财务援助申请资格，我们需要收集特定财务信息。

请完整填写随附的申请表，并附上以下材料副本一并提交：

1. 患者/家庭收入证明文件。收入可通过以下任意一种方式核验：1. 纳税申报表（推荐）2. 近期工资单/薪资汇款凭证，或由雇主电话核实收入

若患者/付款责任人无法提供收入证明文件，Rady Children's 可自行裁量，要求患者/付款责任人签署伪证处罚宣誓声明，就以下事项作出确认：(i) 财务援助申请表上填报的全部收入信息真实无误；(ii) 说明无法提供收入证明文件的原因；(iii) 确认 Rady Children's 计算得出的收入金额准确无误。

2. 若患者已有保险，且患者/付款责任人因高额医疗费用申请援助，需提供过去 12 个月内为该患者实际支付的医疗费用凭证，包括并非在本院产生的医疗费用（如适用）。不考虑担保人产生的、与患者无关的费用。医疗费用金额必须达到或超过过去 12 个月年收入的 10%。
3. 第三方健康保险（私人保险（含通过 California Health Benefits Exchange 提供的保险）、Medi-Cal、CCS、Tricare、Medicare、工伤赔偿、汽车保险，或其他各类保险）参保情况证明（*无论是否参保均需提供*）。

缺少收入核验材料或已签署宣誓声明的申请表视为材料不全，不予受理。如需协助填写申请表，请拨打电话 858-966-4005 与 Rady Children's Hospital - San Diego 联系。请将申请表以及收入核验文件，通过邮寄或现场递交至以下地址：

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

我们将按照您在财务援助申请表上填写的地址，通知您的资格审核结果。

患者姓名

付款责任人姓名

付款责任人姓名

地址

电话

家庭状况：列出家庭内全部受抚养人员

姓名	年龄	关系
受抚养人员总数：		

就业及职业信息

付款责任人雇主：职位：

联系人及联系电话：

如为自雇人士，请填写企业名称：

付款责任人雇主：职位：

联系人及联系电话：

如为自雇人士，请填写企业名称：

当前月收入

付款责任人付款责任人

税前工资（扣款前）

加上经营业务收入（如为自雇人士）

等于当前月收入

总收入（两位付款责任人收入合计）

本人签署本表格，即同意 Rady Children's Hospital San Diego 核查本人的就业及信用历史，用于判定本人是否享有费用减免资格。本人了解，还需提交《RCHSD 财务援助申请说明》中列明的文件。本人特此证明，以上填报的全部信息真实准确，且已如实申报全部收入。本人了解，提交该信息仅用于确定本人在 Rady Children's Hospital San Diego 接受医疗服务后是否可获得财务援助；医院工作人员可对申请表信息进行核验；若故意谎报信息，医院可拒绝本人的援助申请。

付款责任人签名日期

付款责任人签名日期