

Attachment B**附件 B****Financial Assistance Application****财务援助申请****FINANCIAL ASSISTANCE****财务援助申请**

请将填妥的申请表和财务证明文件寄回至：

Cedars-Sinai Medical Center
财务援助处理单位
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

营业时间：工作日早上 8:00 至下午 5:00
电话号码：323-866-8600 转 1688
24 小时传真号码：323-866-3077
电子邮件：Patient.Billing@cshs.org

申请财务援助所需的财务证明文件

请提供下列必要的财务文件。如果任何文件缺失或未随附，申请可能被延迟或遭拒绝。如果您无法提供特定文件，请随附解释函。

主要文件：

- 收入和非工资收入证明（如上所述）
 - 前两个月的雇主支票或存根
 - 前两个月的失业救济金、社安金或残疾抚恤金证明等。
- 联邦纳税申报表
 - 如果您尚未提交联邦纳税申报表，请随附您最近的 W2 或 1099
 - 如因延迟报税、暂时性残疾或失业而无法提供您的纳税申报表信息，请提供您的未报税证明表。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）
- 所有支票、储蓄和信用合作社账户前两个月的银行对账单（请纳入所有页面）
- 租金或贷款证明

补充/其他文件：

- 非工资收入证明：
 - 赡养费收入声明
 - 营业收入声明
 - 子女抚养费收入声明
- 如果已婚或民事结合：请提供有关您配偶/伴侣的下列适用文件
 - 收入和非工资收入证明（如上所述）
 - 联邦纳税申报表
 - 如果您尚未提交联邦纳税申报表，请随附您最近的 W2 或 1099
 - 如因延迟报税、暂时性残疾或失业而无法提供您的纳税申报表信息，请提供您的未报税证明表。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）
 - 所有支票、储蓄和信用合作社账户前两个月的最新报表

填妥的申请表：

- 填妥且签署日期和姓名的申请表

Attachment B (Continued)

附件 B (续)

患者信息			
患者姓名	社会安全号码	出生日期	
住家地址	城市	州	邮政编码
住家电话	手机号码	电子邮件地址	
首选联系方式 <input type="checkbox"/> 美国邮政 <input type="checkbox"/> 电子邮件 <input type="checkbox"/> 住家电话 <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		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			
关系 <input type="checkbox"/> 伴侣 <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
健康保险名称（由雇主提供，包括 COBRA） <input type="checkbox"/> 未提供健康保险			

保险范围			
1. 您是否有资格获得任何健康保险？			
<input type="checkbox"/> 健康保险	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 退伍军人管理局	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 外事政策	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
如果回答“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	

Attachment B (Continued)

附件 B (续)

财务援助申请			
基本生活开支	患者	伴侣	总计
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
车贷/租赁付款	\$	\$	\$
教育	\$	\$	\$
学校/儿童保育 (未成年家属)	\$	\$	\$
食物	\$	\$	\$
保险	\$	\$	\$
其他费用	\$	\$	\$
每月总开支	\$	\$	\$
当前医疗欠费	患者	伴侣	总计
未付医疗欠费 (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
其他医疗欠费	\$	\$	\$
资产 (不包括退休账户)	患者	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，尽本人所知，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账单的费用。本人理解，所提供的信息可能会由 Cedars-Sinai Medical Center 和/或 Marina Del Rey Hospital 予以验证，并且本人授权 CSMC/MDRH 联系第三方以验证此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 _____
 配偶/同居伴侣/担保人签名 (如适用) _____

日期 _____
 日期 _____