

Financial Assistance Application
财务援助申请表

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

营业时间：8 a.m.–4:30 p.m.
工作日：星期一至星期五
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

此表为本机构的慈善医疗或优惠付款的财务援助申请表。如果您有任何问题，请通过以上联系方式进行咨询。

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，以帮助机构确定您是否有资格获得慈善医疗（免费医疗）或优惠付款（减少费用但不完全免费）。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。

本政策仅适用于以下机构及人员所提供的具有医疗必要性的护理服务：**Cedars-Sinai Medical Center**、**Cedars-Sinai Marina Hospital**、**Cedars-Sinai Medical Care Foundation (“CSMCF”)**、**Huntington Hospital**、**Huntington Health Physicians**，以及以教职身份提供服务的医师、**CSMCF** 和 **Huntington Health** 医师（包括与他们签有专业服务协议的医疗团体所聘用的医师），以及 **Cedars-Sinai** 的急诊医师。被安排为选择性住院患者、非急诊门诊患者或出院后接受后续护理的患者需要获得 **Vice President, Finance** 和 **Chief Revenue Cycle Officer** 或其指定人员的事先批准，才能获得财务援助。只有具医疗必要性的程序才有资格获得批准。

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（需签名及注明日期）。

- 填妥的申请表必须包括申请日期和申请者的签名。
- 申请没有规定截止日期。
- 除申请表外，还需**提供**您和配偶/伴侣（如已婚、已民事结合或有同居伴侣）的**收入证明文件**。可以使用**工资单**（最近两份）或**联邦纳税申报表**（上一年）。
- 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被拒绝。

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。

如需获得慈善医疗，患者需要申请 **Medi-Cal**、**Healthy Families** 和 **County Trauma Program** 的保险（如适用），并在适当情况下申请 **Covered California** 的保险。上述规定也适用于居住在州外的患者及其在州内的 **Medicaid** 申请。在收到优惠付款之前，本机构可能会要求对患者进行 **Medi-Cal** 资格筛查，以确保患者能获得有关 **Medi-Cal** 福利的信息。不过，享受优惠付款无需投保 **Medi-Cal**

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

住宅电话号码		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"/> 电子邮箱 <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"/> 受聘 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残障 <input type="checkbox"/> 失业 – 最近一次工作日期： _____					
雇主名称			电话号码		
雇主住址			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 checked="" 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"/> 受聘 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残障 <input checked="" type="checkbox"/> 失业 – 最近一次工作日期： _____					
雇主名称			电话号码		
雇主住址			城市	州	邮政编码
保险范围					
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	
您是否已申请 Medi-Cal/Medicaid？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”，请说明申请结果： _____					
您是否接受过 Medi-Cal/Medicaid 资格筛查？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果“是”，请说明筛查结果： _____					
收支情况					
月收入（当前）		患者/担保人	配偶/伴侣	总计	
总收入		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
每月基本生活开支		患者/担保人	配偶/伴侣	总计	
租金或抵押贷款		\$ _____	\$ _____	\$ _____	
不动产税		\$ _____	\$ _____	\$ _____	

家居维护、清洁和家庭用品			
公用事业费用和电话费	\$	\$	\$
衣物和洗衣费			
医疗及牙科费			
赡养费/子女抚养费	\$	\$	\$
交通和汽车（保险、汽油、维修、租赁）	\$	\$	\$
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	\$	\$	\$

医疗债务（当前）	患者/担保人	配偶/伴侣	总计
未付医疗债务 Cedars-Sinai 或 Huntington Health	\$	\$	\$
其他医疗债务	\$	\$	\$

是的，因此同意使用推定资格来申请慈善护理或优惠付款。

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，以帮助减轻任何医院和专业服务账单的费用负担。本人理解，该机构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