

CITY OF HOPE
慈善醫療經濟評估表

說明

作為我們服務社區的承諾的一部分，City of Hope 選擇為貧困和滿足特定要求的病患提供經濟援助。

不應將經濟援助視為替代個人責任，期望病患家屬透過提供完整準確的資訊來進行合作，以便 City of Hope 可以基於個人支付能力來確定病患是否有資格參與我們的經濟援助計劃，並為病患的治療費用做出貢獻。

將鼓勵有資格申請公共援助的個人以及有能力購買健康保險的個人這樣做，以便確保獲得醫療保健服務。

為了確定病患是否有資格獲得經濟援助，我們需要獲得某些財務資訊。您的合作將使我們能夠充分考慮您的經濟援助請求。

請在您的慈善醫療經濟評估表中提供以下資訊和支持檔案的副本：

- IRS 表格 W-2 和所有家庭收入的收益表
- 的最後兩張薪資單_____
- 最近的銀行對帳單
- 上一納稅年度的所得稅申報表
- 政府援助、社會保障或工人賠償資格
- 失業或傷殘賠償函
- 收到的贍養費或支持款項
- 美國居留證明（美國護照、綠卡/簽證、駕駛執照、社會保障卡等）。
- 表明家庭成員/朋友支持病患的公證信

如果無法獲得收入驗證，請聯絡我們的辦公室以獲得進一步說明。

沒有收入驗證的申請被視為不完整，不會得到處理。

病患姓名 _____	配偶姓名 _____
地址 _____	電話 _____
病患社會保障號碼 _____	配偶社會保障號碼 _____

CITY OF HOPE
慈善醫療經濟評估表

A：家庭狀態（列出您支持的所有家屬）

姓名 _____	年齡 _____	關係 _____
姓名 _____	年齡 _____	關係 _____
姓名 _____	年齡 _____	關係 _____
姓名 _____	年齡 _____	關係 _____
家庭總人數： _____		

B：就業和職業

	病患	配偶
僱主 _____		
職位 _____		
聯絡人 _____		
聯絡電話 _____		
如果自主就業， 企業名稱 _____		

C：目前月收入

	擔保人	配偶
1. 就業總薪酬 _____		
2. 經營業務收入（自主就業） _____		
3. 其他收入 _____		
a. 利息和分紅 _____		
b. 房地產或出租物業的收入 _____		
c. 社會保障號碼 _____		
d. 失業金 _____		
e. 殘疾金 _____		
f. 收到的贍養費或支持款項 _____		
總額（請相加） _____		

D：扣除

	擔保人	配偶
1. 支付的贍養費、支持款項 _____		

E：每月總收入

	擔保人	配偶
方塊 C 中的總數減去方塊 D 中的總數 _____		

簽署此表格，即表示我/我們同意允許 COHNMC 檢查就業和信用記錄以確定我是否有資格獲得慈善醫療服務。

我/我們確認，就我所知和所信，關於本申請的所有陳述都是真實的。

病患或擔保人簽名

日期

配偶或家庭伴侶簽名

日期

CITY OF HOPE
 慈善醫療經濟評估表

資產申報表

City of Hope 慈善醫療援助計劃

今天的日期： _____

病患姓名： _____

MRN： _____

	目前值	作為所有者或 受益人持有	與另一個人共同或分 別持有持有股份百分 比	如果沒有以所有者的 名義持有，請說明其 名稱以及與成員的關 係	如何獲得？（購買、 租賃、贈與、繼承）
財產：					
房地產					
土地					
可移動財產：					
除了主要車輛以外的車輛					
摩托車					
珠寶					
休閒車輛					
其他投資					
銀行投資					
股票市場的投資					
公司的投資					
保險公司政策					
總計：					

我/我們確認，就我所知和所信，關於本申請的所有陳述都是真實的

_____ 病患或擔保人簽名 日期

_____ 配偶或家庭伴侶簽名 日期