

CITY OF HOPE 慈善  
關懷財務評估表

說明

作為我們服務社區承諾的一部分，City of Hope 選擇為貧困病患提供財務援助，並滿足某些要求。

財務援助並不能代替個人責任，病患家屬應予以合作，提供完整準確的資訊，以便City of Hope 確定病患是否有資格參加我們的財務援助計劃，並根據個人支付能力分擔病患的關懷費用。

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去踐行，以確保獲得保健服務。

欲確定病患是否有資格獲得財務援助，我們需要獲得某些財務資訊。您的合作將使我們能夠充分兼顧您的財務援助請求。

請連同慈善關懷財務評估表提供以下資訊及證明文件副本：

- IRS表格W-2以及所有家庭收入的收益表
- 關於\_\_\_\_\_的最近兩份薪資單存根
- 目前銀行對帳單
- 上一個納稅年度的所得稅申報表
- 政府援助、社會保障或工人補償資格
- 失業或殘疾賠償書
- 收到的贍養費或撫養費
- 美國居留證明（美國護照、綠卡/簽證、駕駛執照、社會保障卡等）。
- 公證信函，註明援助病患的家庭成員/朋友

如果無法檢核收入，請聯絡我們的辦公室獲得進一步的指示。

無收入證明的申請將被視為不完整，不予處理。

病患姓名	_____	配偶姓名	_____
地址	_____	電話	_____
病患社會安全號碼	_____	配偶社會安全號碼	_____

如需協助，請填寫慈善關懷財務評估表並透過以下方式聯絡財務顧問：

1500 E. Duarte Road, Duarte CA, 91010或致電：626-218-9201或\_\_\_\_\_

CITY OF HOPE 慈善  
關懷財務評估表

**A：家庭狀況（列出您援助的所有受撫養人）**

名稱 _____	年齡 _____	關係 _____
名稱 _____	年齡 _____	關係 _____
名稱 _____	年齡 _____	關係 _____
名稱 _____	年齡 _____	關係 _____

總家庭規模： \_\_\_\_\_

**B：就業和職業**

	病患	配偶
僱主	_____	_____
職位	_____	_____
聯絡人	_____	_____
聯絡電話	_____	_____
如為自營職業者， 企業名稱	_____	_____

**C：目前月收入**

	擔保人	配偶
1. 就業總薪資	_____	_____
2. 經營收入（自營職業者）	_____	_____
3. 其他收入	_____	_____
a. 利息和股息	_____	_____
b) 來源於房地產或出租物業	_____	_____
c. 社會安全	_____	_____
d) 失業	_____	_____
e. 殘疾	_____	_____
f. 收到的贍養費或撫養費	_____	_____
總計（請加入）	_____	_____

**D：扣除**

	擔保人	配偶
1. 已支付贍養費和撫養費	_____	_____

**E:總月收入**

	擔保人	配偶
方塊 C 中的總數減去方塊 D 中的總數	_____	_____

透過簽署此表格，本人/我們同意允許 COHNMC 檢查就業和信用記錄，以確定本人獲得慈善關懷的資格。

本人/我們申明，就本人所知和所信，本申請中的所有陳述均是真實的。

_____	病患或擔保人簽名	_____	日期
_____	配偶/家庭伴侶簽名	_____	日期

CITY OF HOPE  
慈善關懷評估表

資產申報表。  
City of Hope 慈善關懷援助計劃

今日日期： \_\_\_\_\_

病患姓名： \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

請列出所有資產的價值，不包括主要住所和用於日常生活的車輛（即工作、學校、醫師預約）。不包括病患退休或延期補償計劃（如 401k、IRA 等）中持有的金額。

	現值	作為擁有者或受益人持有	與另一人共同或聯合持有 % 共用	如未以擁有者的名義持有，則說明其姓名和與成員的關係	如何獲得？（購買、租賃、贈與、繼承）
<b>財產：</b>					
房地產					
土地					
<b>動產：</b>					
主必需品以外的車輛					
摩托車					
珠寶					
休閒車					
<b>其他投資</b>					
對銀行的投資					
對股票市場的投資					
對公司的投資					
保險政策					
<b>總計：</b>					

本人/我們申明，就本人所知和所信，本申請中的所有陳述均是真實的。

\_\_\_\_\_ 病患或擔保人簽名 日期

\_\_\_\_\_ 配偶/家庭伴侶簽名 日期