

CITY OF HOPE
經濟援助評估表

說明

作為我們服務社會承諾的一部分，City of Hope 向符合特定條件的貧困病患提供經濟援助。

經濟援助不能替代個人責任。病患家屬應予以配合，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經濟援助計劃，並根據個人支付能力分擔病患的護理費用。

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。

請在填寫經濟援助評估表時提供以下資訊和證明檔案的副本：

- 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	_____

如需協助填寫經濟援助評估表，請聯絡財務結算服務部：

1500 E. Duarte Road, Duarte CA, 91010 或致電以下號碼聯絡我們：(844) 936-4673

CITY OF HOPE
經濟援助評估表

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 _____
姓名 _____ 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		

簽署此表格，即表明我/我們同意允許 COH 檢查就業和信用記錄，以確定我是否有資格獲得經濟援助。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
經濟援助評估表

資產申報表。

今日日期: _____

病患姓名: _____

MRN _____

請列出所有資產的價值，但不包括主要住所和用於日常生活（即工作、上學、看醫生）的車輛。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）
財產：					
房地產					
土地					
動產：					
主必需品以外的車輛					
摩托車					
珠寶					
休閒車					
其他投資					
對銀行的投資					
對股票市場的投資					
對公司的投資					
保險政策					
總計：					

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