



醫院經濟援助和慈善護理

親愛的病人和家屬：

感謝你選擇阿拉米達健康系統。我們致力於為合資格的低收入病人和有保險而被要求支付大部分醫療費用的病人提供財務援助。付合某些收入要求的病人可能有資格獲得經濟援助或「慈善護理」。要查看我們的「經濟援助/慈善護理」政策的完整副本，請到訪我們網站上的「經濟援助」頁面，網址為：www.alamedahealthsystem.org。

為你的方便起見，以下隨附了阿拉米達健康系統的「財務援助和慈善護理計劃」的申請表格。請將表格填寫，簽名並將以下列出的文件一起交還給我們的辦公室：

(1) 收入證明是所有申請人的必需條件，並不能被免除。

如果病人未滿 18 歲或殘疾，則需要病人父母或監護人的收入證明。如果病人年滿 18 歲，則需要他們自己的收入證明。如果病人已婚或有家庭/生活伴侶，則還必須獲得該配偶/伴侶的收入證明。

下面列出了可以接受的收入證明文件。

申請人需要選擇以下其中一項來提交申請

- 2 份最新工資單/失業/養老金/殘障工資單的副本
- 最近納稅年度的「聯邦收入稅申報表」的完整副本
(「聯合申報表」將是申請人和配偶/伴侶雙方收入的證明)

(2) 對於有保險的病人，請提交在本申請日期之前的 12 個月內已付費的醫療自付費副本。請記住，你的已付自付費用總計要不超過你年收入的 10%，才有資格參加我們的「慈善護理計劃」。

可以通過以下任何一種方式將文件提交給我們的辦公室：

傳真至： (510) 437-6428

郵寄到： Highland Hospital
Attn: Enrollment Services QIC # 22105
1411 East 31st Street
Oakland CA 94602

親自提交： 將申請書交到在你附近，任何屬於我們阿拉米達健康系統設施內的 " 登記服務部 "。

提交你的申請後，「登記服務部」將審核資料，並以書面形式通知你的資格。如有必要，我們可能會與你聯繫以獲取更多資料。如果你對申請流程有疑問，請致電 510-437-4961 與我們的「財務顧問」聯繫。我們的工作人員將在周一至週五上午 8:30 至下午 5:00 隨時為你提供幫助。

請確保及時提交你的申請。



醫院經濟援助和慈善護理申請

請完整填寫所有資料。如果不適用，請寫 N / A 。

我在這裡接受服務：		
☐ Highland Hospital 海倫醫院 ☐ San Leandro Hospital 聖利安卓醫院 ☐ Alameda Hospital 阿拉米達醫院 ☐ Fairmont Hospital 費爾蒙醫院 ☐ John George 精神病院		
病人資料		
帳戶號碼（全部帳戶）：		
姓名：	電話號碼：	
地址：	☐ 無家可歸	
城市：	州份：	郵區：
申請人（擔保人）資料		
與病人的關係： ☐ 本人 ☐ 父母/ 監護人		
姓名：	出生日期：	
社會安全號碼：	電話號碼：	
地址：		
城市：	州份：	郵區：
受僱狀況：	僱主名稱：	
僱主地址：		
城市：	州份：	郵區：
僱主電話號碼：		
婚姻狀況：		
需要供養人數：	需要供養人的年齡(全部)：	
家庭年度收入： (需要收入證明)		
配偶資料		
姓名：	僱主名稱：	
僱主地址：		
城市：	州份：	郵區：
僱主電話號碼：		
額外資料		
你是否有資格獲得「商業健康保險」？如果是，請提供你的健康保險名稱，電話號碼和證件號碼：	☐ 是 ☐ 否	
你是否有資格得到聯邦醫療保險 Medicare 保險覆蓋嗎？ 如果是，請提供承保範圍（A，B 或兩者）以及你的證件號碼：	☐ 是 ☐ 否	
你是否有資格獲得加州醫療補助計劃 Medi-Cal 或任何其他州醫療救助計劃的承保？如果是，請提供覆蓋的縣和你的證件號碼：	☐ 是 ☐ 否	



你的治療是否與「工傷賠償」所涵蓋的傷害有關？如果是，請提供「工人賠償承辦人」的姓名和你的索賠編號：	☐ 是 ☐ 否
你的治療是否受「第三方責任保護」？（例如發生車禍或滑倒）？如果是，請提供汽車承運人的名稱和你的索賠編號：	☐ 是 ☐ 否
你的治療是否是你成為犯罪事件中受害者的結果？如果是，請提供你的「案例工作者」的姓名和案例編號：	☐ 是 ☐ 否

要求申請「慈善護理」：（請填寫所有適用內容）

病人帳戶（全部帳戶）的總費用（僅針對無保險病人）\$ _____

保險付款後餘額\$ _____（共同保險，共付額，免賠額）

注意：「Medi-Cal 費用分攤」金額不會符合「慈善護理計劃」的條件。

需考慮的附加項目：

如果病人/申請人在申請日期前的 12 個月內在我們機構以外的任何醫療提供者有自付醫療費用，在我們在審查中可以考慮那自付金額。病人/申請人會被要求提供醫療提供者的文件（聲明），以確認以下所列金額。

- 自付費用總額 \$ _____

「自付費用」是所有病人醫療賬單餘額，共同保險，共付額或免賠額。

AHS 的「慈善護理」計劃不適用於非以 AHS 作收費的任何醫生所收的費用。

病人聲明

我證明我提供的財務資料是完整和準確的，並且我同意你的機構可以驗證此資料。我同意在我的財務狀況發生任何變化時通知你的機構，並應要求提供保險資格狀況。

病人/申請人的簽名 _____ 日期 _____
（如果病人未滿 18 歲，則需要父母或監護人的簽名）

病人代表簽名 _____

關係 _____
（如果病人因生病或殘疾而無法簽名）