

日期:

Washington Hospital
Patient Accounting Department
2000 Mowry Avenue
Fremont, CA 94538

尊敬的_____ 账户编号: _____

Washington Hospital 理解部分患者在缴纳医院服务费用方面存在经济困难，需申请经济援助。我近期核查了您的账户信息，认为您可能符合我院经济援助项目的申请条件。随信附上经济援助申请表，请填写完毕，以便我院评估您的资格。为进一步处理您的申请，请您将以下材料一并邮寄给我。我院必须收齐申请表以及以下补充文件，才能处理并确定您的资格。

- 一份已签名的 2025 年联邦 1040 报税表复印件（包括 W-2 表格）
- 最近 6 个月的工资单复印件
- 驾驶证、护照或其他身份证明文件复印件
- 请将签名并注明日期的本信函及所需材料一并寄回

如无法提供上述文件，请写信说明原因。一旦我院收齐全部相关材料，您的账户将暂停所有催收活动，直至最终决定结果出具。请注意，本次申请审批周期最长可达 6-12 个月，期间会判定申请通过或驳回。若自本函出具之日起 60 日内我院未收到要求的材料，所有催收活动将恢复执行。

本人宣誓：如作伪证愿承担相应法律责任。就本人所知，填报的全部信息真实无误。本人签字具备法律效力，保证所有提交的财务证明文件（含联邦报税表）内容准确属实。

签名: _____ 日期: _____

如有任何疑问，请直接致电 510-818-8645 与我联系。

谨致问候

Michelle Thomas
经济援助协调员

H.A.: 加州医疗补助 (M.Cal) 待审批日期	身份有效期:
余额: \$	NPC



经济援助申请

请回答所有问题。如不适用，请填写 N/A。

仅供办公室使用

1.患者账户编号	2.患者医疗记录编号
----------	------------

第一部分

3.患者姓名		
4.出生日期	5.社会保障号码	
6.街道地址/公寓号		
城市	州	邮政编码
电话号码	电话号码	
7.驾驶执照号码		
8. a. 您是否申请过 Medi-Cal 或 AFDC? ☐ 是 ☐ 否		
	如选择“是”，申请日期:	
	如选择“是”，工作人员姓名:	
b. 是否有申请正在处理中? ☐ 是 ☐ 否		
c. 您的申请是否被驳回? ☐ 是 ☐ 否		
9. 您是否未满 21 岁? ☐ 是 ☐ 否		
10. 您是否已满 65 岁? ☐ 是 ☐ 否		
11. 您是否为法定失明人群? ☐ 是 ☐ 否		
12. 您是否处于妊娠期? ☐ 是 ☐ 否		
13. 您目前是否无法工作，或预估一年内及以上无法就业? ☐ 是 ☐ 否		
14. 家中是否有未满 21 岁的未成年子女? ☐ 是 ☐ 否		
15. 您是学生吗? ☐ 是 ☐ 否		
16. 是否有 Medicare（联邦医疗保险）? ☐ 是 ☐ 否		
17. 是否居住在养老院? ☐ 是 ☐ 否		
18. 是否拥有健康保险? ☐ 是 ☐ 否		
19. 您是退伍军人或退伍军人的家属吗? ☐ 是 ☐ 否		
a. 是否享有 CHAMPUS（民用健康医疗计划）? ☐ 是 ☐ 否		
b. 是否享有 CHAMP/VA（退伍军人事务部平民健康与医疗计划）吗? ☐ 是 ☐ 否		

第二部分（资产/预算）

20.您的储蓄账户当前余额是多少？ \$			
21.您的支票账户当前余额是多少？ \$			
22.其他资产（如无，请留空）	是	否	价值
租赁财产			\$
其他资产			\$
其他资产			\$
月收入	金额	收入来源（工作、补充保障收入	
23.本人	\$		
24.配偶	\$		
25.其他	\$		
其他	\$		
26.税前总收入（\$）			
27.如无收入， 您如何维持生活？			
28.您是独自居住吗？ ☐ 是 ☐ 否			
29.居住类型 独栋住宅 公寓 收容所 其他			
30.您在所得税申报表上申报了多少免税人数（包括您本人）？			

本人宣誓：如作伪证愿承担相应法律责任。就本人所知，填报的全部信息真实无误。本人同意，若个人经济状况发生变动将及时告知本院；院方提出要求时， 本人会提供信息用以核验本人的申请资格。本申请信息可披露给您的主治医生。

签名	日期
代表	日期
面谈人员	日期
备注	

请注意，急诊科医生、病理科医生、放射科医生、住院医师服务的费用与医院设施费用分开计费。本申请仅涵盖医院设施费用。

仅供办公室使用

32.患者是否符合经济援助的贫困收入标准 ☐ 是 ☐ 否

已批准经济援助