

## 申请无偿护理

第1部分 — 家庭/担保人信息		第4部分 — 非流动资产					
家庭成员总数:			品牌	年式	欠款金额	月付金额	价值
21岁以下家属人数:		汽车 1					\$_____
担保人姓名:		汽车 2					\$_____
与患者的关系:		其他					\$_____
公民身份		总计					
		您是自有住宅还是租用住宅?			自有	租用	
第2部分 — 每月总收入		您是否拥有其他房产?			是	否	
母亲:		地址/位置:					
<input type="checkbox"/> 在职	\$_____						
<input type="checkbox"/> 残疾	\$_____						
<input type="checkbox"/> 失业	\$_____						
<input type="checkbox"/> 退休	\$_____						
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$_____						
<input type="checkbox"/> 其他:	\$_____	其他房产	价值	欠款金额	产权		
		非流动资产总额:					\$_____
父亲		第5部分 — 每月开支					
<input type="checkbox"/> 在职	\$_____		母亲	父亲			
<input type="checkbox"/> 残疾	\$_____	赡养费和/或子女抚养费	\$_____	\$_____			
<input type="checkbox"/> 失业	\$_____	儿童日托费用	\$_____	\$_____			
<input type="checkbox"/> 退休	\$_____	健康保险保费	\$_____	\$_____			
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$_____	工作相关开支 (最多每人 75 美元)	\$_____	\$_____			
<input type="checkbox"/> 其他:	\$_____	医疗/牙科开支总额	\$_____	\$_____			
总收入:	\$_____	收费账户/贷款/信用卡:	\$_____	\$_____			
		名称:	\$_____	\$_____			
		名称:	\$_____	\$_____			
第3部分 — 流动资产		名称:	\$_____	\$_____			
支票账户	\$_____	MasterCard 限额	\$_____	\$_____			
银行名称:		Visa 限额:	\$_____	\$_____			
分行:		总开支		\$_____			
储蓄账户:	\$_____						
银行名称:		所需文件:					
分行:		<input type="checkbox"/> 去年的纳税申报表或 3 个月的工资单					
其他:	\$_____	<input type="checkbox"/> 银行对账单复印件 (2 个月)					
请说明		<input type="checkbox"/> 租金收据或按揭付款记录 (3 个月)					
流动资产总额:	\$_____	<input type="checkbox"/> 其他: (请说明)					

目的: 此信息的目的是确定您在洛杉矶儿童医院支付服务费用的能力, 或者您是否可能有资格参加医疗援助计划。此信息并非用于申请 Medi-cal 和加州儿童服务、县级医疗贫困资助服务计划或任何其他县级援助计划。您必须联系您所在县的社会服务部门申请援助计划。我保证上述信息准确且完整。我了解医院保留核实所有信息的权利。我同意在发生变更后 10 天内将有关我的财务信息的任何变更通知患者业务服务部。

我知道我仍然对我在洛杉矶儿童医院的全部费用负责。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
见证人/翻译员

\_\_\_\_\_  
医院代表