

無償護理申請

第一部分 - 家庭/擔保人資訊		第四部分 - 非流動資產					
家庭人口總數：			品牌	年份	欠款金額	每月付款	價值
21 歲以下的受撫養人人數：		汽車 1					\$ _____
擔保人姓名：		汽車 2					\$ _____
與患者的關係：		其他					\$ _____
公民身份狀態		總計					
		您居住的是自有房屋還是租用房屋？			<input type="checkbox"/> 自有	<input type="checkbox"/> 租用	
第二部分 - 每月總收入		您是否擁有其他財產？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
母親：		地址/位置：					
<input type="checkbox"/> 就業	\$ _____						
<input type="checkbox"/> 殘障	\$ _____		價值	欠款金額	資產的淨值		
<input type="checkbox"/> 未就業	\$ _____						
<input type="checkbox"/> 退休	\$ _____	其他財產					
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	非流動資產總計：					\$ _____
<input type="checkbox"/> 其他：	\$ _____						
父親		第五部分 - 每月支出					
<input type="checkbox"/> 就業	\$ _____		母親	父親			
<input type="checkbox"/> 殘障	\$ _____	贍養費和/或子女撫養費	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> 未就業	\$ _____	兒童日托費用	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> 退休	\$ _____	健康保險費	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	工作支出 (每人最多 \$75)	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> 其他：	\$ _____	醫療/牙科總支出	\$ _____	\$ _____			
總收入：	\$ _____	除欠帳戶/貸款/信用卡：	\$ _____	\$ _____			
		名稱：	\$ _____	\$ _____			
		名稱：	\$ _____	\$ _____			
第三部分 - 流動資產		名稱：	\$ _____	\$ _____			
支票帳號	\$ _____	萬事達卡限額：	\$ _____	\$ _____			
銀行名稱：		Visa 卡限額：	\$ _____	\$ _____			
分行：		總支出	\$ _____	\$ _____			
儲蓄帳號：	\$ _____						
銀行名稱：		所需文件：					
分行：		<input type="checkbox"/> 去年的報稅單或 3 個月的工資單					
其他：	\$ _____	<input type="checkbox"/> 銀行對帳單副本 (2 個月)					
請說明		<input type="checkbox"/> 租金收據或按揭付款單 (3 個月)					
流動資產總計：	\$ _____	<input type="checkbox"/> 其他：(請說明)					

目的：審查這些資訊的目的是確定您是否有能力支付洛杉磯兒童醫院的服務費用，或確定您是否有資格參加醫療援助計劃。這些資訊不是用於申請 Medi-cal、加州兒童服務、縣醫療貧困服務計劃或任何其他縣援助計劃。您必須聯絡您所居住縣的社會服務部以申請援助計劃。

我證明上述資訊準確完整。我瞭解醫院保留核查所有資訊的權利。我同意，如果我的財務資訊有任何變更，我將在發生變更 10 天內通知患者業務服務部。

我瞭解，我仍然承擔在洛杉磯兒童醫院的全額費用。

家長/監護人簽名

日期

證人/翻譯

醫院代表