



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

社区纪念医疗保健系统
147 North Brent Street
Ventura, CA 93003

现场申请地址：
5855 Olivas Park Drive
Ventura, Ca93003

无偿慈善医疗财务援助申请书

患者姓名 _____

患者账户号 _____

担保人姓名 _____

出生日期 _____ SS# _____ - _____ - _____

电话号码 () _____

地址 _____

州名城市名、邮编

配偶姓名 _____ SS# _____ - _____ - _____

您是否为美国公民? ___是 ___否

您是否为外籍居民? ___是 ___否

您是否为非居民外国人? ___是 ___否

家庭状况：列出您赡养的所有家属

名称	年龄	关系
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

就业与职业状况:

雇主 _____ 职位: _____

如果为个体经营者, 公司名称 _____

雇主地址 _____

电话号码 _____ 工作年限 _____

配偶雇主: _____ 职位: _____

如果为个体经营者, 公司名称 _____

目前的收入与支出表

目前月收入:

	患者	配偶
工资总额	\$ _____	\$ _____
公司收入 (个体经营者)	\$ _____	\$ _____
利息与分红	\$ _____	\$ _____
不动产或动产收入	\$ _____	\$ _____
社会保障/退休收入	\$ _____	\$ _____
赡养费、抚养费	\$ _____	\$ _____
失业补偿	\$ _____	\$ _____
其他收入	\$ _____	\$ _____
月总收入	\$ _____	\$ _____

当前月支出:

租金或房款	\$ _____	\$ _____
房地产税	\$ _____	\$ _____
水电费	\$ _____	\$ _____
赡养费、抚养费	\$ _____	\$ _____
教育	\$ _____	\$ _____
饮食	\$ _____	\$ _____
工资扣款	\$ _____	\$ _____
医疗、牙科和药品	\$ _____	\$ _____

其他_____	\$ _____	\$ _____
月支出总额	\$ _____	\$ _____
扣除支出后的净月收入	\$ _____	\$ _____

签署本申请书即表示本人同意社区纪念医疗保健系统联系我的雇主、银行和其他联系人，并要求本人提供信用记录，以确定本人是否具备慈善医疗资格。本人了解，若本人不具备享有慈善医疗指南项下的服务的资格，本人将单独承担所提供的服务的费用。本人确认本申请书中提供的信息为真实准确。如果本申请书中的任何信息不实或具有误导性，本人了解，本人将丧失慈善医疗资格。

本人还了解，本申请仅涉及社区纪念医疗保健系统的费用。所有医生、放射科专业人员、Ojai 急救室专业人员、救护车、麻醉服务或病理学服务均不与社区纪念医疗保健体制共同计费且不包含在本申请书中。

 (患者或担保人签字)

 日期

 (联名申请人签名)

 日期



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

现场申请地址：

5855 Olivas Park Drive

Ventura, CA 93003

办公时间

星期一至星期五早上 8:00–下午 4:00

无偿慈善医疗财务援助申请说明

日期：_____

患者姓名_____

账户号：_____

申请总余额：\$_____

针对您就上述账户号申请财务援助的请求，请于本函之日后十（10）天内提交以下文件。

请完整填写申请书并提供所有要求的信息，以便我们正确地评估您支付全部或部分医院帐单的能力。

- （1）正式医疗补助计划（Medi-cal）拒绝或受理文件
- （2）完整填写的慈善申请书（附上本函）
- （3）您最近三个月的工资支票存根副本。请注意，其中包括公共援助（例如社会保障、失业或残疾补助）。如果您的收入为现金形式，请向我们提供一份您的雇主出具的、证明您收入情况书面声明。

如果您当前无任何收入，请在另一张纸上简单陈述您当前的财务状况。请确保注明日期并签字。如果您正在接受经济援助或与某人同住，请让他或她写一份声明，说明具体情况。

(4) 租金或抵押核查

(5) 您前 3 个月的银行对账单 (储蓄、支票、IRA、货币市场账户等的副本...)

(6) 您上一年的报税单 (已填写并签署 1040)

请提交副本, 副本不予退还。

如果您有任何疑问, 请直接致电 (805) 652-5676_____。

____BECKY_____

患者帐户代理

社区纪念医疗保健系统