



METHODIST HOSPITAL
of Southern California

財務援助計劃申請表

以下是財務援助計劃申請表。本申請表、規定和其他相關信息也翻譯成以下書面語言加以提供：國語（標準中文）；和西班牙語。

南加州美以美醫院 (MHSC) 提供財務援助，以幫助那些可能有資格減少或免除其醫療費用的人士。在附件中，您將會找到一份申請表，以評估您的財務困難狀況。您必須完整填寫申請表才能被考慮加入財務援助計劃。並且您必須在接受申請的服務後六個月內提出申請。

申請財務援助計劃

您必須滿足以下標準才有資格加入財務援助計劃：

醫療服務類型：您必須正在接受醫學上必要的醫療服務。

其他付款人來源：我們建議您申請您有資格獲得的任何私人或公共部門的醫療財務援助來源，例如 Medi-Cal 或健康家庭計劃。您可能需要向這些來源提交您的申請（或批准或拒絕您的申請）的記錄。對於因發生意外而獲得的服務，您必須出示證據證明在考慮財務援助之前沒有達成和解。

收入：您的家庭收入必須等於或低於聯邦貧困線 (FPG) 的 400%。如果您的財務狀況符合南加州美以美醫院 (MHSC) 財務援助計劃規定的資格標準，您可能有資格獲得全部或部分債務的減免。

2022年聯邦貧困線					
折扣百分比		100%	75%	50%	25%
居家/家庭規模	100%	200%	267%	335%	400%
1	\$ 13,590	\$ 27,180	\$ 36,285	\$ 45,527	\$ 54,360
2	\$ 18,310	\$ 36,620	\$ 48,888	\$ 61,339	\$ 73,240
3	\$ 23,030	\$ 46,060	\$ 61,490	\$ 77,151	\$ 92,120
4	\$ 27,750	\$ 55,500	\$ 74,093	\$ 92,963	\$ 111,000
5	\$ 32,470	\$ 64,940	\$ 86,695	\$ 108,775	\$ 129,880
6	\$ 37,190	\$ 74,380	\$ 99,297	\$ 124,587	\$ 148,760
7	\$ 41,910	\$ 83,820	\$ 111,900	\$ 140,399	\$ 167,640
8	\$ 46,630	\$ 93,260	\$ 124,502	\$ 156,211	\$ 186,520



METHODIST HOSPITAL
of Southern California

特殊情況：如果您有異常高昂的醫療費用或經歷過災難性事件，無論您是否滿足上述家庭收入要求，在特殊情況下您都可能有資格加入財務援助計劃。要符合資格，您需要提供過去 12 個月的收入證明文件和自付費用的醫療費用副本，表明這些費用等於或超過您年總收入的 10%。請注意：並非所有醫療費用都有資格獲得財務援助。排除在外的包括但不限於保費和會費、眼鏡和助聽器、醫療用品、健康教育課程、交通、非處方藥和生活方式藥物（生育用、化妝品等）的費用。

所需文件：為了處理此申請表，我們需要以下文件：

- 已完整填寫的隨附的申請表。
- 您必須在財務援助申請表上簽名並註明日期。如果患者/擔保人和/或其配偶提供信息，則雙方都必須在申請表上簽名。
- 您最近被兌現的租金支票、租賃協議或按揭付款收據的副本。
- 納入家庭收入的任何工資的最近兩張工資單的副本。
- 您最近的兩份銀行對賬單（支票帳戶/儲蓄帳戶）的副本。
- 您的殘疾福利收入明細表、社會安全收入明細表、符合失業福利條件的通知和反映存入銀行流水單的副本。

- 如果您沒有收入來源或收入證明文件，請提供一封說明您如何養活自己和家人的信。這封信是由為您提供食宿和/或收入的家庭成員或朋友簽署的書面聲明。
- 您最近的納稅申報表的副本，包括提交給美國國稅局的所有適用的附表和附件。如果您無法提供最近的納稅申報表，那麼我們將需要以下其中一項：

- 社會安全金發放函。
- 未向美國國稅局 (IRS) 提交納稅申報表的證明 (需致電 800-829-1040 獲取副本) 。
- 如果您尚未提交當前的聯邦納稅申報表並要求延期納稅，請附上上一年的納稅申報表。

請務必只寄送複印件，因為原件不會退還給您。如果您的申請被拒絕，您將有機會對該決定提出上訴。需要將更正後和/或額外的文件提交來支持您的上訴請求。在對您的申請做出最終決定後，決定通知將郵寄到存檔的您的地址。

請發送您的財務援助申請表和所需文件至：

- 郵寄：南加州美以美醫院 (MHSC) 收件人：Business Office – Financial Assistance Program, 300 West Huntington Drive, Arcadia, CA 91066-6016
- 安全傳真：626-821-6917
- 電子郵件：Carol.Mcclary@methodisthospital.org

如果您有任何問題，請致電 626-574-3594 聯繫客戶服務代表。一旦我們審查了您的申請，我們將盡快以書面形式通知您我們的決定。我們的營業時間為周一至週五，太平洋標準時間上午 8:00 至下午 5:00



財務援助申請表

患者姓名：_____ 賬戶號 _____

患者擔保人 (責任方信息)

姓名：_____ 與患者的關係：_____

地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 郵編：_____

婚姻狀況：M (已婚)、S (單身)、D (離婚)、W (喪偶)：_____

	本人	配偶
--	----	----

社會安全號 #		
出生日期		
僱主名稱		
僱主地址		
職業		

請列出居住在您家中的所有家庭成員：包括受撫養人（如果需要，請附上額外的表格）：

	姓	名	中間名起首字母	出生日期	與申請人的關係
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

請列出所有年收入來源：

	本人	配偶
總收入		
社會安全金/SSI/SSDI		
養老金收入		
公共援助		
出租物業收入		
自僱收入		
失業補貼		
工傷賠償金		
子女撫養費		
其他		
共計		



METHODIST HOSPITAL
of Southern California

請列出所有資產 (您或您的配偶擁有的物品的市場價值)

支票賬戶	\$	房屋價值	\$
儲蓄賬戶	\$	其他房地產價值	\$
信託賬戶	\$	擁有生意	\$
投資賬戶	\$	特許經營權	\$
其他賬戶	\$	其他主要資產	\$

醫療費

如果您的家庭收入超過聯邦貧困線 (FPG) 的 400%，或者如果您申請特殊情況，您必須填寫此部分。

請提供過去 12 個月內到期或已支付的自付費用的醫療費用收據和/或明細發票副本

	保險支付後的患者支付額		保險支付後的患者支付額
醫院就診	\$	其他費用 (請描述)	\$
看醫生	\$		\$
處方藥	\$		\$
專業護理	\$		\$

Medi-Cal 篩查

您是否申請了 Medi-Cal 或其他政府援助？ (是或否) _____

如果上述問題的答案是肯定的，請提供來自 Medi-Cal 或其他政府機構的批准、拒絕或待決信函。

財務協議和信用報告授權

本人在如作偽證即受到處罰的法律效力之下特此聲明，本申請表中上述所有信息在各方面均屬真實準確，所有附件均為原始文件的準確副本。我授權南加州美以美醫院 (MHSC) 的員工和代理人調查並驗證我

提供給其的信息，包括就業和信用記錄，以確定我是否有資格加入經濟援助計劃。我也承認並同意，我有責任就財務援助計劃未涵蓋的醫療物品和服務欠南加州美以美醫院 (MHSC)的任何和所有金額 (餘額) 向南加州美以美醫院 (MHSC) 承擔責任。

申請人/監護人簽名_____ 日期：_____

申請人配偶簽名：_____ 日期：_____