

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, Ca. 91724-1016

患者姓名：
帳號：
入院／服務日期：
總費用：

尊敬的患者：

Emanate Health 致力於讓社區內的每個人無論其經濟能力如何皆能獲得醫療照護。我們的財務資助計劃旨在幫助低收入、沒有保險或保險額不足且需協助其支付醫療必要性照護之全額費用或部分費用的患者。

所需文件

僅符合資格，並無法獲得 **Emanate Health** 財務資助計劃之受保權利。為確認資格並提供其符合的最大協助/折扣金額，需依適用狀況提交以下文件：

- 1) 填寫完成並簽名的財務資助申請書
- 2) 當前工資單，若為自僱者則提出本年度迄今損益表以確認當前收入。
- 3) 近期稅表及 W-2 表
- 4) 任何一般救濟計畫福利、贍養費、待業、殘疾、社會安全生活補助金，以及社會安全判定書之證明。
- 5) 針對全慈善事業，含所有必需稅務表的上一個日曆年申報稅表，以確認包括貨幣資產的生成資產；
- 6) 針對全慈善事業，前一年的利息收入、股息收入、資本利得等之 1099 表影本。

****僅需影本，請勿提交正本***

未於 30 天內提交所需文件，可能導致財務資助遭拒。如發現任何人提供虛假資訊，將自動取消獲得財務資助的資格。

如需更多資訊或需協助完成申請表，請致電 626-732-3100 聯絡我們，或親臨我們位於 1325 N. Grand Ave., Suite 300, Covina, Ca 的辦公室。

請使用隨附的郵資已付回郵信封將表格寄回我們辦公室。

敬祝 安康

商業服務
(626)732-3100
上午 8:00 至下午 4:00

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, CA 91724-1016

患者姓名：
帳號：

表 I

醫院財務篩選評估表

所有患者須在入院前或入院時填妥該表格。此資訊將用於確定患者是否符合特定醫院計劃及服務的資格。

受養人總人數： _____
年收入總額： _____ 美元
資產總值： _____ 美元

住宅／物業 _____
汽車 _____
投資 _____
退休金 _____
其他 _____

總債務（包括按揭貸款）： _____ 美元

其他特殊情況： _____
（即司法判決／破產）

如符合以下任意一種情況，請勾選：

殘障 _____ 與犯罪有關的受傷 _____

於下方簽名並填寫日期，即表示您授權 Emanate Health 代表獲取徵信報告。

患者簽名

日期

患者代表／財務顧問

日期

Emanate Health
1325 N. Grand Ave. Ste 300
Covina, CA 91724-1016

表 II

收入證明

患者姓名：

帳號：

本人，_____特此聲明過去 12 個月本人的家庭收入為
_____美元，本人有_____位受養人。

現附上 W-2 表與稅表，以及本人的最近兩份工資單。本人同意醫院查詢本人的徵信
報告，以核實本人的收入資訊。

財務狀況誓章：

簽名

日期