

附錄一

醫療費用補助申請說明

Torrance Memorial Medical Center 的醫療費用補助方案是協助無法支付全部或部分保健服務費用的病人

您必須填妥附件醫療費用補助申請書並提供本申請書第八大項列出勾選的「必要資料」，方可被列入醫療費用補助方案考慮對象。

必要資料提供齊全後才可處理申請。重要的是您填妥醫療費用補助申請書並於收到申請書十四(14)天內連同全部必要附件一併繳交。

您必須於申請書上簽名與日期。如果病人/保證人與配偶提供資料，皆必須於申請書上簽名。如果有疑問或需要協助，請電洽(310) 517-4765 詢問財務顧問。請將填妥的申請書寄至：

Torrance Memorial Medical Center
病人財務服務部
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

我們將在收到完整申請書與必要附件後 45 天內以書面通知您申請結果。

Torrance Memorial Medical Center
醫療費用補助申請書

一、病人資料：

姓名 _____ 社會安全號碼 _____

地址 _____ 出生日期 _____

市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

住家電話 _____ 手機號碼 _____ 公司電話 _____

職業 _____ 雇主/地址 _____

病人是否已被宣告終身殘障 是/否 _____

二、配偶資料：（或家長，如果病人未滿 18 歲）

姓名 _____ 社會安全號碼 _____

地址 _____ 出生日期 _____

市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

住家電話 _____ 手機號碼 _____ 公司電話 _____

職業 _____ 雇主/地址 _____

三、另一位家長：（如果病人未滿 18 歲）

姓名 _____ 社會安全號碼 _____

地址 _____ 出生日期 _____

市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

住家電話 _____ 手機號碼 _____ 公司電話 _____

職業 _____ 雇主/地址 _____

四、列出家庭內居住的所有人口，包含申請人：

姓名	關係	年齡
----	----	----

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

五、每月總收入（以下列出明細）：\$ _____

病人薪資 _____ 配偶薪資 _____

家長薪資（如果病人未滿 18 歲。） _____

社會安全金 _____ 非遞延退休金 _____

殘障金 _____ 失業金 _____

公共/政府補助 _____ 贍養費/兒童撫養 _____

非自用不動產收入 _____ 其他（描述來源） _____

六、每月總生活費用（以下列出明細）：\$ _____

租金/貸款 _____ 贍養費/兒童撫養 _____

伙食/用品 _____ 水電瓦斯 _____

衣物 _____ 保險 _____

汽車/交通/燃料 _____ 學校/兒童照顧 _____

信用卡，其他 _____ 洗衣/清潔 _____

衣物 _____ 健保/壽險 _____

七、資產：

支票帳戶存款 _____ 儲蓄帳戶存款 _____

股票、債券、流動資金等 _____ 如果是自雇者，企業價值 _____

自住宅以外的不動產 _____ 其他（描述） _____

八、必要資料：請勾選下列已附上的項目 -

- 最近一年度聯邦所得稅申報表 1040 複本；
- 最近三個月所有銀行與投資帳戶的對帳單複本；
- 最近兩張明列薪資週期與年度至本日薪資的薪資單；
- 如果您是自雇者，請附上最近 12 個月的財務報表與去年的納稅申報複本。
- 如果您沒有收入，請提供一封信說明撫養自己/家庭的方法。

九、授權：

本人特此證實上述醫療費用補助申請書包含的資料完整無誤。本人授權 Torrance Memorial Medical Center 查證任何或全部已知資料並瞭解該查證過程將查詢信用報告。

負責人簽名

日期