



日期：: \_\_\_\_\_

在完成申請流程之前，請仔細閱讀。Sharp HealthCare 為符合資格的患者（低收入的無保險患者和需支付高  
額醫療費用且符合特定標準的有保險患者）提供財政援助、折扣醫療護理或慈善醫療福利。必須滿足以下  
資格：服務必須有醫療必要，對於財政援助，總收入水準必須處於或低於聯邦貧困線 200%，或者對於部分  
財政援助/折扣醫療護理，必須介於 201% - 400% 之間。必須符合所有適用的資金來源，並在全面合作的基  
礎上做出審定。此類資金選項包括縣醫療服務 (CMS)、Medi-Cal、加州受害者賠償計劃等。因缺乏合作而被  
拒絕的申請將不考慮提供財政援助。申請人必須在收到後 10 天內填寫並返回隨附的財政援助申請表及下方  
列出的所有支持文檔。也可以從急診室醫生和其他提供商（單獨計費）處獲取財政援助。請透過賬單所列  
之號碼聯絡醫生計費辦公室，瞭解有關其財政援助專案的資訊。

支持文檔包括（請發送原始文檔的副本，因為將不予返還。）：

- 三個月的收入證明（要求所有形式）：
  - ~ 過去三 (3) 個月的所有銀行對帳單
  - ~ 過去三 (3) 個月的工資單或其他收入證明
  - ~ 最近一年的所得稅納稅申報（如：:1040form）
- 如適用，包括郡或州財政援助項目（如 CMS 或 Medi-Cal）的否決信函副本。
- 患者或患者家屬在前 12 個月支付的所有已付年度現款支付醫療帳單的副本。

Sharp HealthCare 或其代理可能會要求您提供其他資訊，以支援您的申請和財政援助資格。所有資訊可能需  
進行核實，包括但不限於聯絡您的雇主、銀行、信貸核對、及美國境內和境外的財產調查。

我們將在收到後 30-60 天內以書面形式告知您結果。在做出財政審定之前，您的就診仍在 Sharp  
HealthCare 進行。若您對財政援助申請表有任何問題，請造訪 <http://www.sharp.com/billing> 線上聯絡我們，  
或者在週一至週五上午 8:00 – 下午 5:15（太平洋標準時間）致電 (858) 499-2400 聯絡我們。

家庭人數	衛生及公共服務部 2020 年貧困線 (200%)	聯邦貧困線的 400%
1	總收入 \$25,520.00 年或 \$2,127.00/月	\$51,040.00/年或 \$4,253.00/月
2	\$34,480.00/yr. or \$2,873.00/mo.	\$68,960.00/yr. or \$5,747.00/mo.
3	\$43,440.00/yr. or \$3,620.00/mo.	\$86,880.00/yr. or \$7,240.00/mo.
4	\$52,400.00/yr. or \$4,367.00/mo.	\$104,800.00/yr. or \$8,733.00/mo.
5	\$61,360.00/yr. or \$5,113.00/mo.	\$122,720.00/yr. or \$10,227.00/mo.
每增加一人	\$8,960.00/年	\$17,920.00/yr.

有關聯邦貧困線、Medi-Cal、加州全保或 CMS 的更多資訊，請造訪：

聯邦貧困線 - <https://www.federalregister.gov>

Medi-Cal - <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>

加州全保 - <https://www.coveredca.com>

CMS - [www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county\\_medical\\_services](http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services)

財政援助 申請表



返回至：

Sharp HealthCare  
8695 Spectrum Center Blvd.  
San Diego, CA 92123  
私人支付單位/PFS-ICD

就診次數

# \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_

總計 ( 美元 ) \_\_\_\_\_

此表格允許以下方描述的方式使用披露的受保護健康資訊，為自願行為。Sharp HealthCare 不能僅因為您 拒絕填寫此表格而不予治療。填寫此表格不確保您將符合資格或者將獲取財政援助。

依據聯邦法律，我授權 Sharp HealthCare 員工或代理使用或披露我在此表格上或隨此表格提供的資訊，以 審定我是否符合財政援助的資格或者醫院是否符合財政援助的資格來承擔我的部分或全部護理費用。我瞭解，表格需要填寫完整。我還瞭解，除非我符合財政援助的資格，否則無論我是否獲取援助，我可能 仍需負責我的醫院帳單。根據需要，我在此表格上提供的資訊可能會發佈給：

- 1) 製藥公司，可能會根據我的財務狀況為醫院免費或低價提供替代藥物。
- 2) 其他特定的慈善、商業或政府機構，可能會提供健康相關財政援助項目。

**I. 患者資訊 ( 請列印 )**

姓名 _____	社會保障號碼 _____	地
址 _____	出生日期 _____	市
、州、郵編 _____	家庭號碼 _____	雇
主 _____	工作號碼 _____	職
業 _____	患者是否曾公開宣稱終身殘疾？	
	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

**II. 配偶資訊 ( 如果患者未滿 18 歲，則填寫父母資訊 )：**

姓名 _____	社會保障號碼 _____	地
址 _____	出生日期 _____	市
、州、郵編 _____	家庭號碼 _____	雇
主 _____	工作號碼 _____	職
業 _____		

**III. 另一位父母 ( 如果患者未滿 18 歲 )：**

姓名 _____	社會保障號碼 _____	地
址 _____	出生日期 _____	市
、州、郵編 _____	家庭號碼 _____	雇
主 _____	工作號碼 _____	職
業 _____		



**IV. 列出在患者家中生活的所有人（或者如果患者未滿 18 歲，則為父母家中）**

姓名	關係	年齡

**V. 月收入**

患者工資 \* \_\_\_\_\_  
 配偶工資 \* \_\_\_\_\_  
 父母工資 \* \_\_\_\_\_  
 (如果患者未滿 18 歲) \_\_\_\_\_  
 社會保障 \* \_\_\_\_\_  
 非延遲養老金 \* \_\_\_\_\_  
 殘疾 \* \_\_\_\_\_  
 失業 \* \_\_\_\_\_  
 生活費/子女撫養費 \*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 利息 \* \_\_\_\_\_  
 租金 \_\_\_\_\_  
 其他 \_\_\_\_\_  
**總計** \_\_\_\_\_

**VI. 基本生活費用**

租金/抵押貸款 (圈出一個) \_\_\_\_\_  
 維持費用 \_\_\_\_\_  
 生活費/子女撫養費 \*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 食物/日常用品 \_\_\_\_\_  
 公用事業/電話 \_\_\_\_\_  
 衣服 \_\_\_\_\_  
 醫療/牙科保 \_\_\_\_\_  
 險 汽車/交通 \_\_\_\_\_  
 學校或托兒所 \_\_\_\_\_  
 分期付款/迴圈貸款 \_\_\_\_\_  
 當前醫療費用：燃油 \_\_\_\_\_  
 和維修 洗衣/清潔 \_\_\_\_\_  
 其他 總 \_\_\_\_\_  
**計** \_\_\_\_\_

**VII. 資產**

手頭現金 在美國或國外的房地產 \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_  
 地址 \_\_\_\_\_ 價值 \_\_\_\_\_ 抵押資產的淨值 \_\_\_\_\_  
 地址 \_\_\_\_\_ 價值 \_\_\_\_\_ 抵押資產的淨值 \_\_\_\_\_  
 商業價值 \_\_\_\_\_  
 其他 \_\_\_\_\_  
**總計** \_\_\_\_\_

**VIII. 其他資產**

活期存款帳戶 #/機構 \*\*餘額 \_\_\_\_\_  
 儲蓄帳戶 #/機構 \*\*餘額 \_\_\_\_\_  
 車輛 1 (年份/製造商/型號/價值) \_\_\_\_\_  
 車輛 2 (年份/製造商/型號/價值) \_\_\_\_\_  
 旅行房車/船/摩托車/旅宿車：  
 (年份/製造商/型號/價值) \_\_\_\_\_  
**總計** \_\_\_\_\_

\*包括過去三 (3) 個月的工資單或其他收入證明。

\*\*包括過去三 (3) 個月的銀行對帳單。

\*\*\*包括患者或患者家屬支付的所有已付年度現款支付醫療帳單的副本。

\*\*\*\*提供支援檔，如判決、協定、留置權等。



- 我聲明，據我所知，我所提供的回答真實準確，如有不實甘受偽證罪之罰。
- 如果收入、財產、費用、家庭或地址發生任何變更，我同意在 10 天內告訴服務提供者。
- 我瞭解，可能會要求我證明我的對帳單，並且我的資格可能需進行核實，包括但不限於聯絡我的雇主、銀行、信貸核對、及美國境內和境外的財產調查。
- 我還同意，在因為事故或受傷而考慮接受健康護理服務時，我同意從導致此行為的任何訴訟或調解收益中償還縣、州、聯邦政府或醫院。
- 我瞭解，如果我不符合財政援助的資格，我將個人承擔 Sharp HealthCare 提供的服務的費用。我可以在收到申請結果和其他檔後的 30 天內以書面形式就決策提出上訴，或與商業經理、首席財務官或其他適當的管理者進行預約，安排面對面會談。如需預約，請在週一至週五上午 8 點至下午 5:15 ( 太平洋標準時間 ) 致電 (858) 499-2400 聯絡我們。30 天后，可能需要新的申請來審核您的上訴。
- 下方簽署人授權 Sharp HealthCare 獲取信貸報告，以便幫助審定患者的財政援助資格。可以理解為，可按照此表格中描述的方式與協力廠商共用該資訊。
- 我瞭解，一旦我的資訊離開 Sharp HealthCare，Sharp 將不再能夠直接控制或保護我的資訊，我解除 Sharp HealthCare 因將我的資訊發佈給上述類型的公司或機構而可能產生的任何責任。
- 我瞭解，除非已依賴此授權採取行動，否則根據 Sharp HealthCare 隱私實踐通知中的說明，可隨時以書面形式撤銷授權。

對於此財政援助申請，此授權應在自收到日期起的 90 天結束。

備註 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

患者簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

配偶簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

父母/監護人 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_