



CHARITY CARE計畫 和 DISCOUNT PAYMENT計畫 申請書

患者必須符合以下條件，才能夠視為

符合CHARITY CARE或DISCOUNT PAYMENT的資格：

- 患者可能僅能申請在Zuckerberg San Francisco總醫院、社區初級照護診所、Laguna Honda醫院、人口健康部或行為健康服務所接受的服務。
- 患者僅能針對尚未經過醫院婦產科 (Obstetricians, OB) 或VIP套裝計畫折扣的服務提出申請。
- 患者必須盡一切合理努力提供收入和健康福利覆蓋證明。在確定資格時，可能會考慮未能提供合理且必要的資訊。
- 針對所接收之服務接受保險付款的患者、擔保人或入保人，必須向San Francisco保健網路放棄付款，才能符合經濟援助的資格。

CHARITY CARE計畫 – 額外資格與收入核實

- 患者亦須配合Medicare、Medi-Cal或其他合格保險的資格篩選與申請。
- 患者的家庭總收入必須等於或低於聯邦貧窮線的138%，並提供近期的報稅單或薪資單作為核實。
 - 近期報稅單是指申請日期前最近一年度的報稅單。近期薪資單是指申請日期前三個月內的薪資單。
 - 近期報稅表亦可包括證明患者在首次收到帳單當年度，或首次收到帳單前12個月內收入的報稅單。近期薪資單亦可包括醫院首次向患者收費前後6個月內的薪資單。
- 符合Charity Care資格的患者，其帳單支付責任將被免除。

DISCOUNT PAYMENT計畫 - 額外資格與收入核實

- 患者亦須配合Medicare、Medi-Cal或其他保險的資格篩選。
- 患者的家庭總收入必須高於聯邦貧窮線 (federal poverty level, FPL) 的138%，並提供近期的報稅單或薪資單作為核實。
 - 近期報稅單是指證明患者在首次收到帳單當年度，或首次收到帳單前12個月內收入的報稅單。近期薪資單是指醫院首次向患者收費前後6個月內的薪資單。
 - 近期報稅單亦可包括申請日期前最近一年度的報稅單。近期薪資單亦可包括申請日期前三個月內的薪資單。
- 僅符合Discount Payment計畫資格的患者，所獲得的財務援助將少於Charity Care計畫可能提供的金額。

申請說明：

郵寄完整的申請表和收入證明。請於服務日期起一年內提交申請。申請如果超過30個日曆日未完成，將被視為無效並結案。

若要申請醫院和診所服務，請將申請表和驗證文件郵寄至：

Zuckerberg San Francisco General Hospital Billing Office
Patient Financial Assistance Department
1001 Potrero Ave. Building 20, Ward 24, Room 2406
San Francisco, CA 94110

致電患者財務援助部門以尋求申請協助，電話為 (628) 206-3275。

醫院和診所服務地點包括Zuckerberg San Francisco總醫院和創傷中心 (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center, ZSFG)、專科門診、社區初級保健診所、Laguna Honda醫院和復健中心，以及人口健康部。

要申請行為健康服務，請將申請表和驗證文件郵寄至：

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

致電行為健康服務 (Behavior Health Service, BHS) 會員服務部門以尋求申請協助，電話為 (888) 246-3333。

患者資訊

姓： _____ 名： _____

出生日期： _____ 病歷編號： _____ 帳戶編號： _____

擔保人資訊 (如果與患者不同)

姓： _____ 名： _____

戶籍地址

地址： _____ 市： _____

州： _____ 郵政編碼： _____

國家： _____ 電話號碼： _____

手機號碼： _____ 電子郵箱： _____

臨時地址 (若適用)

地址： _____ 市： _____

州： _____ 郵政編碼： _____

國家： _____ 電話號碼： _____

手機號碼： _____ 電子郵箱： _____

資格及篩檢

您的婚姻狀況為何？

已婚
 離婚

單身
 同居伴侶

喪偶

分居

您有任何醫療保險嗎？

是 否

如果是，請詳細說明：
提供醫療保險卡。

您是否有或預計會對任何第三方提出索賠？
第三方對可能達成和解的傷害、醫療和損失負責。

是 否

如果是，請詳細說明：

您身心障礙預計會持續12個月嗎？

是 否

您的Medi-Cal申請正在待審理過程中嗎？

是 否

您在接受服務的日期當天是否已懷孕？

是 否 N/A

家庭成員人數（本人、配偶、21歲以下的受撫養子女，以及任何年齡的受撫養身心障礙子女，無論是否同住）

人數 _____

家庭每月總收入：

\$ _____

請提供近期的薪資單或報稅單。

本人聲明，據本人所知，所做出的回答均真實準確。本人未投保保險或保額不足，且沒有第三方責任。本人瞭解本人提供的資訊將經過查證。本人瞭解該資訊將用來篩選參加各種聯邦、州和郡計畫的資格條件。本人了解如發現資訊不實，本人將支付從ZuckerbergSanFrancisco總醫院和專科門診診所、社區初級保健診所、Laguna Honda醫院、人口健康診所或行為健康服務收到之任何醫療服務費用的總額。

申請人正楷書寫姓名：

申請人簽名：

日期：

與患者的關係：