

John Muir Health 很高兴为需要帮助支付医疗费用的患者提供一项计划。作为我们对所服务社区的核心承诺的一部分，该计划完全由 John Muir Health 自筹资金。请注意，John Muir Health 患者经济援助计划不包括非医疗中心直接聘用的医疗服务提供者提供的服务，也不包括我们医院以外提供的服务。该计划仅涵盖已向您提供初始账单的医院服务，不会自动涵盖未来的服务。

为使您的申请得到考虑，需要提供某些文件。由于经济援助计划是根据家庭收入计算的，因此请提供您本人以及您家庭中任何成年人的以下信息，这些成年人应在其纳税申报单上申报您的收入或为您的生活费用提供支持。如果您无法提供以下信息，请提供书面解释。

初始资格要求:

☐ 您的家庭收入必须不超过联邦贫困线（FPG）标准的400%，该标准依据家庭成员数量确定。请参考下表了解收入标准。

家庭人口	1	2	3	4	5	6	7	8	9
联邦贫困线（FPG）标准的400%	62,600	\$84,600	\$106,600	\$128,600	\$150,600	\$172,600	\$194,600	\$216,600	\$222,100

文件要求:

☐ 患者首次收到账单年度的**纳税申报表**；或患者首次收到账单前12个月内的纳税申报表；或患者首次收到医院账单前后6个月内的**工资单**（每位家庭成员均需提供）。[家庭成员的定义是：(1) 对于 18 岁及以上者，配偶、《家庭法》第 297 条定义的同居伴侣和 21 岁以下的受抚养子女，或符合《社会保障法》第 XVI 篇 A 部分第 1614(a)条规定的任何年龄的残疾子女，无论是否住在家中。(2) 对于未满 18 周岁的人员或未满 18 至 20 周岁（包括 20 周岁）的受抚养子女，父母、看护亲属以及父母或看护亲属的其他未满 21 周岁的受抚养子女，或符合《社会保障法》第 XVI 篇 A 部分第 1614(a)节规定的任何年龄（如果残疾）的受抚养子女。

若无保险:

☐ 建议年满18周岁的患者通过Covered California（加州医保计划）申请医疗保障（电话：(888) 975-1142），并提供决定函复印件以证明申请者是否被拒保或符合计划资格。如果适用，请附上保险卡副本。

☐ 如果患者是未成年人或需要抚养未成年子女，建议患者申请加州医疗保险 (Medi-Cal) (800) 709-8348，并提供一份说明是否被拒绝或是否符合项目资格的决定书副本。

此外，如果您有保险:

☐ 证明您在过去 12 个月内的医疗费用（包括您家庭的所有医疗费用）已超过您家庭收入的 10%，或您目前的家庭收入，以较低者为准。已支付或未支付的医疗账单清单。

注意：若未收到您签署的申请表及完整信息，John Muir Health将无法受理您的援助申请，且后续催收程序将继续进行。

如果您有任何疑问，请联系我们的客户服务部：(925) 947-3336.

4. 家庭和生活安排信息
(账户的经济责任人, 如果与患者不同)

包括您本人在内, 您家中有多少人? _____

有多少家庭成员为您的财务缴款 _____

您的家庭中有多少名 **21** 岁以下的成员由您承担财务责任? ____

姓名	年龄	收入	关系		

您拥有自己的住房吗? ☐是 ☐否

您是否住在父母或其他成年人的家中? ☐是 ☐否

您支付房租吗? ☐是 ☐否 每月房租金额? _____

您目前是否接受上学资助? ☐ 是 ☐ 否 资助总额: \$ _____ /学期或 \$ _____ /年
您目前是否接受政府资助? 请勾选所有适用的选项。 ☐ 食品券 ☐ 住房补助 ☐ 工伤赔偿 ☐ 残疾 ☐ 福利/WIC ☐ 其他 (请注明): _____
您的父母或监护人是否在所得税中将您列为受抚养人? ☐ 是 ☐ 否
您去年是否报税? ☐ 是 ☐ 否 您的调整后总收入是否低于 14,600 美元? ☐ 是 ☐ 否

5. 就业和健康保险信息
(针对账户中的患者)

您目前是否有工作, 或者您在接受医疗服务时是否有工作?

☐是 ☐否您的雇主是否为其员工提供健康保险? ☐是 ☐否您是否在此健康保险范围内? ☐是 ☐否

如果没有, 请解释原因。 _____

您的配偶/同居伴侣 (或父母, 如果患者未成年) 目前是否有工作, 或在您接受医疗服务时是否有工作? ☐是 ☐否您配偶/同居伴侣 (或父母, 如果患者未成年) 的雇主是否为其员工提供健康保险? ☐是 ☐否您是否在此健康保险范围内? ☐是 ☐否

如果没有, 请解释原因。 _____

6. 其他计划

(针对账户中的患者)

在本申请的过去 12 个月内, 您是否申请过下列任何计划? 请勾选任何适用的计划。

☐ 加州医疗保险 ☐ 健康家庭 ☐ 医疗保险 ☐ 成人基本护理☐ 暴力犯罪受害者 ☐ 州残疾人

7. 证明文件

(家庭中所有为您提供经济援助的成年人均需提供) [家庭成员的定义是: (1) 对于 18 岁及以上者, 配偶、《家庭法》第 297 条定义的同居伴侣和 21 岁以下的受抚养子女, 或符合《社会保障法》第 XVI 篇 A 部分第 1614(a)条规定的任何年龄的残疾子女, 无论是否住在家中。(2) 对于未满 18 周岁的人员或未满 18 至 20 周岁 (包括 20 周岁) 的受抚养子女, 父母、看护亲属以及父母或看护亲属的其他未满 21 周岁的受抚养子女, 或符合《社会保障法》第 XVI 篇 A 部分第 1614(a)节规定的任何年龄 (如果残疾) 的受抚养子女。

如果没有提供所有文件, 申请可能会被拒绝。如果无法提供文件, 请解释原因。

- 患者首次收到账单年度的纳税申报表; 或患者首次收到账单前12个月的纳税申报表
- 或
- 每位家庭成员 (需为家庭收入贡献者) 在医院首次开具账单前后6个月内的工资单

8. 备注

请输入本申请表中未包含的其他信息。

9. 签名和日期 (申请人必须填写)

我证明所有信息真实完整, 特此授权 John Muir Health 在必要时要求提供信用报告和/或核实上述任何信息。我了解不完整的申请 (包括缺少签名的申请) 可能会被拒绝。我同意在我的财务状况发生任何可能影响我的资助资格的变化时通知 John Muir Health。

申请人签名

日期

请将申请表和所有信息交回到:

**JOHN MUIR HEALTH
5003 COMMERCIAL CIRCLE
CONCORD, CA 94520
收件人: 单一业务办公室**

您提交完整的患者援助申请表及所需证明文件后, 该账户将免于进一步催收程序

请务必填写完整申请表, 并连同附信中列出的所有所需文件一并寄出。

不完整的申请可能不符合该计划的资格要求。

如果您有以下情况, 请致电 925-947-3336 联系客户服务部:

- 对申请有任何疑问
- 填写申请表时需要帮助