

John Muir 健康很高兴为需要帮助支付医疗费用的患者提供一个计划。该计划完全由 John Muir 健康 自筹资金，作为我们对所服务社区的核心承诺的一部分。请注意，接受 John Muir 健康 患者经济援助计划将不涵盖并非由医疗中心直接雇用的提供者的服务或在我们的医院之一之外提供的服务。该计划只涵盖在过去 5 个月内已向您提供初始账单的医院服务的账户，不自动涵盖未来的服务。

要考虑您的申请，需要某些文件。请为您自己和居住在您家中的任何成年人提供如下所示的信息，这些成年人向您报告他们的纳税申报表或为您的生活费用提供支持，因为经济援助计划是基于家庭收入的。如果您无法提供以下信息，请提供书面说明。

初始资格要求：

您的家庭收入必须低于基于家庭成员的联邦贫困 (FPL) 指南的 400%。请参考下表了解收入门槛。

家庭规模	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
400% FPL	54,360 美元	73,240 美元	92,120 美元	111,000 美元	129,880 美元	148,760 美元	167,640 美元	186,520 美元	205,400 美元	224,280 美元

文件要求：

- 当前签署的纳税申报表或最近的 W-2 和上一年签署的纳税申报表，如果当前税款未提交
- 最近两个支付期的工资单副本
- 过去三个月的租金/抵押贷款支付证明
- 所有投资账户的最新报表
- 最近三个月的银行对账单，所有页面——支票和储蓄
- 学校成绩单和经济援助（如适用）

此外，如果您没有保险：

- 如果患者年满 18 岁，则需要通过 Covered California (888) 975-1142 申请医疗保险，并提供一份确定信的副本，说明申请人是否拒绝或有资格参加计划。如果适用，请附上保险卡的副本。
- 如果患者是未成年人或正在抚养未成年子女，则患者需要申请 Medi-Cal (800) 709-8348 并提供确定信的副本，说明是否被拒绝或有资格参加计划。

此外，如果您有保险：

- 证明您的医疗费用（包括您家庭中的所有费用）在过去 12 个月的申请中超过了您家庭收入的 10% 或您当前的家庭收入，以较低者为准。

我们必须在收到这封信的 30 天内收到此信息。注意：如果在列出的截止日期之前未收到您签署的申请和完整的信息，John Muir 健康 将无法考虑您的帮助请求，申请将被拒绝。

如果您有任何问题，请联系我们的客户服务部：(925) 947-3336.

谢谢你。

1. 患者信息	
姓 名	出生日期:

2. 申请人信息	与患者的关系 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 其他 _____	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身的		
姓 名	出生日期	社会安全号码		
街道地址 (无邮政信箱)	城市	状态	县	邮编
这个地址多长时间?	你现在有工作吗?			多久?
家庭电话	手机			其他联系人

3. 一般信息				
患者是否有法律保护人? <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不 (如果是, 请在下方提供监管人信息)				
姓 名			与患者的关系 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 伴侣 <input type="checkbox"/> 家长 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
街道地址	公寓/套间	城市	状态	邮编

4. 家庭和生活安排信息 (对于账户的财务负责人, 如果与患者不同)	
包括你自己, 你家有几个人? _____	
有多少家庭成员为您的财务做出贡献? _____	
你拥有你的家吗? <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
您住在父母或其他成年人的住所吗? <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不 你付房租吗? <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
每月租金多少? _____	
您如何支付抵押贷款/租金? _____	
你用工作换取租金/生活费吗? <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
请解释: _____	
您是否从住所的任何成年成员那里获得全部或部分经济支持?	
<input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 不	
您是否接受以下任何类型的财务支持? 请检查所有适用的选项。	
<input type="checkbox"/> 生活开销	
<input type="checkbox"/> 医疗费	
<input type="checkbox"/> 其他 _____	
预计财务支持总额: \$ _____ /月或 \$ _____ /年	

您目前是否获得上学的经济援助？ 是的 不
经济资助总额：\$_____ /学期或 \$_____ /年

您目前是否获得政府支持？请检查所有适用的选项。

食品券 住房援助 工伤赔偿
 失能 福利/WIC
 其他（请注明）：_____

您的父母或监护人是否声称您是其所得税的受抚养人？ 是的 不

您去年报税了吗？ 是的 不
您的调整后总收入是否低于 12,550 美元？ 是的 不

5. 就业和健康保险信息

(对于账户上的患者)

您目前是否受雇或在您接受医疗服务时是否受雇？

是的 不

您的雇主是否为其员工提供健康保险？ 是的 不

您是否在此健康保险范围内？ 是的 不

如果不是，请解释原因。_____

您的配偶/同居伴侣（或父母，如果患者是未成年人）目前是否受雇或在您接受医疗服务时受雇？

是的 不

您的配偶/同居伴侣（或父母，如果患者是未成年人）的雇主是否向其雇员提供健康保险？

是的 不

您是否在此健康保险范围内？ 是的 不

如果不是，请解释原因。_____

6. 其他项目

(对于账户上的患者)

在本申请的最后 12 个月内，您是否申请过下列任何项目？请检查任何适用的程序。

Medi-Cal 健康的家庭 医疗保险 基本成人护理

暴力犯罪的受害者 州立伤残保险

7. 收入资产

(对于账户的财务负责人，如果与患者不同)

您是否拥有/拥有以下任何一项？（标记所有适用于你的）

家 出租物业 支票账户 储蓄账户

信用卡 投资账户 股票/债券 保险箱

8. 支持文档
(所有居住在家庭中并为您的财务做出贡献的成年人都需要)

如果未提供所有文件，申请可能会被拒绝。如果文档不可用，请说明原因。

- 上次为您报税的每个家庭成员提交的已签名所得税申报表（1040 表）的副本。
- 当前工资单（最后两个工资期）
- 过去三个月的租金/抵押贷款支付证明
- 所有投资账户的最新报表
- 最近三个月的银行对账单，所有页面——支票和储蓄
- 学校成绩单和经济援助（如适用）
- 社会保障、残疾、养老金和/或失业分配信的副本（如果适用）。
- 子女抚养费法庭令或存款单副本（如适用）

9. 注释

输入您想要说明但未反映在此应用程序中的任何其他信息。

10. 签名和日期（申请人必填）

我证明所有信息都是真实和完整的，并在此授权 John Muir 健康 要求提供信用报告和/或在必要时验证上述任何信息。我了解不完整的申请，包括缺少签名的申请，可能会被拒绝。我同意将任何可能影响我获得经济援助资格的财务状况变化通知 John Muir 健康。

申请人签名

日期

请将申请表和所有信息退回至：

**JOHN MUIR HEALTH
5003 COMMERCIAL CIRCLE
CONCORD, CA 94520
ATTN: SINGLE BUSINESS OFFICE**

您必须在
收到这封信的 **30** 天内
归还您完成的患者援助申请以及所要求
的文件

请记住完成整个申请，并将其与求职信中列出的所有必需文件一起发送。

不完整的申请可能不符合该计划的资格要求。

如果在上述日期之前未收到您的申请和文件，将假定您已决定不再继续申请，并将关闭申请。

如果您，请拨打 **925-947-3336** 联系客户服务：

- 对申请有任何疑问
- 需要帮助完成您的申请
- 需要更多时间来完成您的申请