



0332E

經濟援助申請說明

1. 請完成附件中的**所有**區域。如果任何區域不適用於您，請在提供的區域內寫下 N/A。
2. 如果您需要更多空間來回答任何問題，請附加一頁。
3. 當您提交申請時必須提供收入證明文件。以下文件可作為收入證明被採納：

如果您提交了聯邦所得稅申報表，您必須提交以下副本：

- a. 從最近一年開始的聯邦所得稅申報表（1040表）。您必須包含所有提交給國稅局的時間表和附件。

如果您沒有提交聯邦所得稅申報表，請提供以下信息：

- a. 兩（2）份最近的薪水存根；和
- b. 一封信解釋您為什麼沒有提交聯邦所得稅申報表。

如果您沒有收入或收入證明文件，請提供一封信說明您如何供養您自己/家人。

4. 只有在提供了所有必要信息之後，您的援助申請才能被處理。
5. 您必須在**十四（14）天**內完成並提交經濟援助申請和所有必需的附件。
6. 您必須簽署經濟援助申請並註明日期。如果患者/責任方和配偶提供了信息，則必須在申請表上簽名。
7. 如果您有任何疑問，請撥打（909）651-4177致電 Patient Business Office，時間為週一至週四上午9:00至下午5:00，週五上午9:00至下午2:00（不包括週末和節假日）。週末，節假日和下班後，請聯繫任何登記代表尋求幫助。
8. 請將您完成的經濟援助申請和所有必要的文件發送至：

Loma Linda University Behavioral Medicine Center
Patient Business Office
P.O. Box 700
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

經濟援助申請說明
第 1 頁，共 3 頁

患者證明

經濟援助申請說明

本表的目的是根據Loma Linda University Behavioral Medicine Center的慈善護理/優惠付款政策，確定患者/責任方的獲得資助的資格。

患者/責任方
(保證人) 姓名 _____

配偶
姓名 _____

地址

電話
家用： _____
工作： _____

社會安全號碼
患者/責任方 _____

配偶 _____

家庭狀況 (列出您供養的所有家屬)

| 姓名 | 年齡 | 關係 |
|----|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

就業情況

患者/責任方

僱主

患者/責任方 _____

職位 _____

僱主 _____

聯繫人 _____

僱主聯繫方式 _____

電話 _____

配偶僱主

配偶職位 _____

僱主 _____

聯繫人 _____

僱主聯繫方式 _____

電話 _____



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

經濟援助申請說明

第 2 頁，共 3 頁

患者證明

收入

| | 患者/保證人 | 配偶 |
|---------------------|----------|----------|
| 1. 總工資 & 薪水/每年 (稅前) | \$ _____ | \$ _____ |
| 2. 自願收入/每年 | \$ _____ | \$ _____ |
| 3. 其他收入： | | |
| a. 利息 & 分紅 | \$ _____ | \$ _____ |
| b. 房屋出租賃 | \$ _____ | \$ _____ |
| c. 社會保障金 | \$ _____ | \$ _____ |
| d. 贍養金 | \$ _____ | \$ _____ |
| e. 兒童撫養金 | \$ _____ | \$ _____ |
| f. 失業/殘障 | \$ _____ | \$ _____ |
| g. 公共援助金 | \$ _____ | \$ _____ |
| h. 所有其他來源 (附表) | \$ _____ | \$ _____ |
| 總收入 (在上方增加1 - 3h行) | \$ _____ | \$ _____ |

非常規開銷

請提供有關醫療賬單，破產，法庭判決或結算付款等非常規開銷的信息 (需要附清單)。

| 描述 | 數量 |
|----|----|
| | |
| | |
| | |

通過在下面簽名，我/我們聲明所提供的信息都是盡我/我們所知真實和正確的。我/我們授權 LLUBMC 驗證此申請中列出的任何信息。我/我們明確授權聯繫我/我們的僱主。

| | | |
|----------|--------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| 患者/責任方簽名 | 與患者的關係 | 日期 |
| _____ | _____ | _____ |
| 配偶簽名 | 日期 | |



Loma Linda University Behavioral Medicine Center

經濟援助申請說明
第 3 頁，共 3 頁

患者證明