



Patient Business Services
10920 Wilshire Blvd #1600
Los Angeles, CA 90024-6502

附件 B

日期：

到期日：

患者姓名：
MRN /HAR#
應繳餘額

先生／女士敬啟：

感謝您選擇 UCLA Health 為您提供醫療服務。
所有患者必須先申請 **Medi-Cal**，才會考慮慈善醫療資金。

為確定任何財務協助，本辦公室必須在本信日期的 15 日內收到以下資訊。

如果我們未在規定時間內收到所有要求的資訊，資助申請將被關閉。在您的申請接受審查批准或拒絕之前，您要負責支付未付的餘額。

- 最近的兩張工資單存根（包括年初至今的收入）
- 子女撫養費證明/贍養費收入/付款（如果適用）。
- 殘障證明/失業收入（如果適用）。
- 經公證的實物撫養費明細
- 最近兩年的簽名所得稅申報表，包括附件（副本）
- Medi-Cal 批准或拒絕信
- 最近 2 個月的完整銀行明細
- 高額醫療費用證明（見以下解釋）
- 其他：_____

如果餘額是您扣除保險後的負債，您必須提供高額醫療費用證明。高額醫療費用包括您已支付金額等於您的家庭年度收入 10% 的所有醫療負債。醫療費用的證明形式應當採用最近 12 個月收到或開具的收據。

如果您有任何疑問或顧慮，請在週一至週五上午 7:30 到下午 4:30 聯繫我們的患者事務服務辦公室，電話 (310) 825-8021。

請將文件郵寄或帶到：
Patient Business Services
10920 Wilshire Blvd., Suite 1600
Los Angeles, Ca 90024

請注意：UCLA 醫學中心保留透過信用和（或）財產清查確認提供資訊的權利。
為確保寄到上述地址，請考慮掛號寄出文件。

患者財務資訊表
UCLA HEALTH – 患者事務服務部

請填寫本工作表並儘早交給 UCLA 醫學中心患者事務服務辦公室，以便我們確定您是否有資格申請財務資助。

患者姓名： _____ 帳號 _____

您的姓名和地址（包括國家）：

電話號碼（圈出白天的最佳號碼）

住宅電話： _____ 您的工作電話： _____
您配偶的工作電話： _____

社會安全號碼 您的： _____ 您配偶的/保證人： _____

出生日期 您的： _____ 您配偶的/保證人： _____

您的雇主或企業（名稱和地址）/您配偶的雇主或企業（名稱和地址）：

與您同住者的年齡和關係（僅限被撫養人）：

銀行帳戶（包括儲蓄、信用社、個人退休帳戶等）：

機構名稱	地址	帳戶類型	帳號	餘額
------	----	------	----	----

a)

b)

不動產：

地址（包括國家）	現值	貸款餘額	貸款清償日
----------	----	------	-------

a)

b)

機動車：

年份和型號，牌照號碼	現值	貸款餘額	貸款清償日
------------	----	------	-------

a)

b)

您擁有或正在購買的其他物品（股票、債券、船隻等）：

名稱	現值	貸款餘額	貸款清償日
----	----	------	-------

患者財務資訊表
UCLA HEALTH – 患者事務服務部

每月收入

*您的淨工資（附兩張最近的工資單） \$ _____

*您配偶的淨工資（附兩張最近的工資單） \$ _____

付給您的租金 \$ _____

養老金 \$ _____

社會安全金 \$ _____

您的企業利潤 \$ _____

佣金 \$ _____

其他收入（來源：_____） \$ _____

總收入 \$ _____

每月開支

（考慮家庭人數、所在地和特殊情況，開支必須合理）

租金 \$ _____

房屋貸款 \$ _____

贍養費/子女撫養費 \$ _____

食品雜貨 \$ _____

公用事業費用

 a) 電費 \$ _____

 b) 取暖用油/天然氣 \$ _____

 c) 水費 \$ _____

 d) 電話費 \$ _____

交通（汽車、公車、計程車） \$ _____

醫療費（不是由保險支付的） \$ _____

保險

 a) 汽車 \$ _____

 b) 健康 \$ _____

 c) 人壽 \$ _____

 d) 屋主/房客 \$ _____

估算納稅款 \$ _____

