

经济援助

Hoag Orthopedic Institute 作为一家非营利、宗教性医院的使命，是为我们服务的社区提供最优质的医疗保健服务。我们的经济援助政策反映了我们对在我们医院或医院设施寻求治疗的患者的承诺。为我们的患者提供机会，让他们获得医疗保健服务的经济援助保障，是履行我们使命宣言的基本要素。

随本信函附上申请表，用于确定 Hoag Orthopedic Institute Financial Assistance Program 的资格。如果您的财务状况符合 Hoag Orthopedic Institute 经济援助政策规定的资格标准，那么您可能有资格免除全额或部分债务。

为了处理和确定您的资格以及本申请表，我们需要获得：

- 完整填写的随附的申请表
- 您必须在经济援助申请表上签名并注明日期。如果患者/担保人和/或配偶提供信息，则他们都必须申请表上签字。
- 最近的注销租金支票、租赁协议或抵押付款的副本
- 算入家庭收入的任何所获工资的最后两 (2) 份工资单或 W2 的副本
- 两 (2) 份最近和连续银行对账单的副本（支票账户/储蓄账户合并）
 - 请确保包含所有页
- 您的残疾金、社会保障支付对账单、失业合格津贴通知、退休金、养老金、年金和反映存款的银行对账单的副本
- 如果您没有收入来源或收入证明文档，请提供一封签名信，说明您如何养活自己和家人。
- 家人或朋友提供的，证明您的房间和住宿和/或收入的书面签名声明。
- 最近 1040 纳税申报表的副本，包括提交给 Internal Revenue Service (IRS, 国税局) 的所有适用时间表和附件
- 如果您最近的 1040 纳税申报表不可用，那么我们将需要以下其中一项：
 - 社会保障金授予函
 - 来自 IRS 的非申报证明（致电 800-829-1040 获取副本）
 - 一封签名的信函，解释您未提交联邦纳税申报表或申请延期缴税的原因。
- 如果您需要更多空间来回答任何问题，请附加一页

我们意识到，您之前税务记录的收入可能无法充分反映您当前的情况。如果是这种情况，请附上一份描述您当前财务状况的简短说明。

请务必在十五 (15) 天内填写并提交完整的经济援助申请表以及所有必需的文档。请将您的经济援助申请表寄送至：

- **安全传真：** 949-764-7031
- **邮寄：** Patient Financial Services
500 Superior Ave, Suite 250
Newport Beach, CA 92663-3657

一旦我们审核了您的申请表，我们将在收到申请表后的 30 天内以书面形式通知您我们的决定。如果您想讨论您的账户或有任何疑问，请致电 949-764-8400 与我们联系。我们的工作时间是周一至周五上午 8:30 至下午 4:30。

经济援助申请表

姓名	出生日期	配偶/伴侣	出生日期
地址		城市	州 邮政编码
在现居住地址的时间 ____ 租赁 ____ 所有 ____ 年 ____ 个月		县	婚姻状态 __ 已婚 __ 单身 __ 离婚 __ 丧偶
手机号码	工作电话号码	住宅电话号码	配偶手机号码 配偶工作电话号码
请列出在您家居住的所有人；包括受抚养人（如有需要，请使用随附的额外纸张）			
姓氏	名字	中间名首字母	出生日期 与申请人的关系
1			
2			
3			
4			
本人		配偶	
社会保障号码		社会保障号码	
雇主		雇主	
公司地址		公司地址	
职业		职业	

工作时长：
 ___年 ___个月 每周工作___个小时

工作时长：
 ___年 ___个月 每周工作___个小时

收入： 表示所有来源的税前总现金收入。

本人每月总收入

配偶每月总收入

总收入		总收入	
社会保障/SSI/SSDI		社会保障/SSI/SSDI	
公共援助		公共援助	
租赁房产收入		租赁房产收入	
退休/养老金		退休/养老金	
工伤赔偿		工伤赔偿	
失业金		失业金	
儿童抚养费		儿童抚养费	
其他		其他	
总计		总计	

每月总收入合并：

支票账户		手头现金		退休计划	
储蓄账户		信托账户		房屋净值	
股票/债券		信用合作社		其他	
房款/租金		汽车保险		人寿保险	医疗保险
财产税		电话/手机		伙食费	用水和污水处理
财产保险		车款		日托开销	医药开销
汽油		车款		儿童抚养费开销	其他/详细说明：
电费					总计

