

## 经济援助申请说明

Torrance Memorial Medical Center (以下简称 "TMMC") 为无力承担医疗费用的患者提供一项“经济援助计划”。TMMC 有两种途径进行经济援助。一种是按照我们的“经济援助政策”(“政策”)申请您可能有资格获得的最高经济援助(“综合经济援助”)的通常途径。该政策适用于TMMC以及作为与TMMC签订合同关系的一个条件而被要求参与该政策的医生(参与该政策的医生的完整名单,见政策附件 D)所提供的服务。本计划可能不涵盖上述领域以外的选择性/美容服务和任何其他提供者提供的服务。第二种途径对寻求有限经济援助(“有限经济援助”)的患者有简短的申请要求。

如考虑申请这些经济援助计划,请填写本申请表,以帮助 TMMC 确定您是否有资格获得折扣。即使您提出申请,我们也不能保证您符合资格。在我们收到您完整的申请表和文件后,我们将向所有支持批准/拒绝的患者提供书面回复。

您可以通过邮件或亲自将填写好的申请表提交到下面列出的地址。提供以下要求的所有证明文件。证明文件丢失或未附可能导致经济援助延迟或被拒绝。如果无法提供具体的证明文件,请提供一封解释函。

未能提供所有要求的信息可能导致拒绝。

请注意:如果您没有保险,并且符合特定的 **MEDI-CAL** 推定资格标准,则无需填写此申请表。

申请的收入证明文件 需提供的文件:	全额经济援助	有限的 经济援助
工资单(前2个月)	必需	必需
联邦纳税申报表(上一年)。请参阅下面的脚注1和2	必需	必需
失业、社会保险或残疾验证声明(前两个月)	必需	非强制性的
所有支票、储蓄和信用合作社账户的银行对账单(前两个月,包括所有页面)。	必需	非强制性的
租金或抵押贷款核实。	必需	非强制性的
Medi-Cal申请回复函(批准或拒绝),如适用。	必需	非强制性的

<sup>1</sup>如果没有提交联邦纳税申报表,请提供最新的W2或1099表格。

<sup>2</sup>如果由于临时残疾或失业而延迟提交联邦纳税申报表,请在提交纳税申报表时提供。请致电1-800-908-9946或访问[www.irs.gov/pindividuals/get-transcript](http://www.irs.gov/pindividuals/get-transcript)(使用表格4506-T或4506T-EZ)获取复印件。

### 配偶/伴侣证明文件:

- 如果已婚、非民事结合或同居伴侣关系,请提供与配偶/伴侣相关的适用“收入证明”文件。请参阅上述文件清单,包括但不限于工资单、核实对账单、联邦纳税申报表、W2或1099表格、提交延迟表格、银行对账单和赡养费/子女抚养费。

### 已填写好的申请表:

- 已填写好的申请表必须包括申请人和配偶/同居伴侣/担保人(如适用)签署的日期和签名。

请将填写好的申请表和证明文件交还给:

---

Torrance Memorial Medical Center  
 Attn: Business Office  
 3330 Lomita Boulevard  
 Torrance, CA 90505

**如需更多帮助**

有关我们的“经济援助计划”的帮助或其他信息，包括获得翻译或可访问的经济援助相关文件，您可以在周一至周五上午 8:00 至下午 4:00 之间联系营业处：

- 亲自前往--上述地址
- 拨打电话--310-517-1010

TMMC 的网站还提供了有关我们的“经济援助计划”的信息，网址为 <https://www.torrancememorial.org/patients-visitors/billing-insurance/help-paying-your-bill>.

**经济援助申请表**

请查看您有兴趣申请的经济援助类型：

- 有限的经济援助（有上限，范围0%至50%）
- 全额经济援助（无上限，范围0%至100%）

患者信息			
患者姓名		社会保险号	出生日期
家庭住址		城市	州 邮政编码
家庭电话	手机号码	电子邮件地址	
首选联系方式 <input type="checkbox"/> USMail <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 手机		家庭年收入：\$ _____	
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侣		您家庭中的人口数量（根据您的纳税报告）： _____	
就业状况 <input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失业 -最后一次工作日期：_____			
雇主名称		电话号码	
雇主地址		城市	州 邮政编码
配偶/同居伴侣/父母/担保人的信息			
与患者的关系 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侣 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 担保人 <input type="checkbox"/> 其他人员：_____			
姓名		社会保险号	出生日期
就业状况 <input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 残疾 <input type="checkbox"/> 失业 – 最后一次工作日期：_____			

雇主名称		电话号码	
雇主地址		城市	州 邮政编码
<b>承保范围</b>			
您是否有资格享受健康保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果为“是”，请提供以下内容：			
投保人	保险公司	保单号	
投保人	保险公司	保单号	
<b>费用和资产信息</b>			
<b>当前月收入</b>	<b>患者/担保人</b>	<b>配偶/伴侣</b>	<b>合计</b>
工资总额	\$	\$	\$
个体经营净收入	\$	\$	\$
利息和股息	\$	\$	\$
房地产或租赁物业	\$	\$	\$
社会保险/退休/残疾	\$	\$	\$
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
其他	\$	\$	\$
<b>月总收入</b>	\$	\$	\$
<b>基本生活费</b>	<b>患者/担保人</b>	<b>配偶/伴侣</b>	<b>合计</b>
租金或抵押贷款	\$	\$	\$
房地产税	\$	\$	\$
公用设施和电话	\$	\$	\$
赡养费、抚养费	\$	\$	\$
汽车贷款/租赁付款	\$	\$	\$
教育	\$	\$	\$
学校/儿童保育（未成年受抚养人）	\$	\$	\$
食物	\$	\$	\$
保险	\$	\$	\$
其他费用	\$	\$	\$
<b>每月总支出</b>	\$	\$	\$
<b>当前医疗债务</b>	<b>患者/担保人</b>	<b>配偶/伴侣</b>	<b>合计</b>
医疗债务	\$	\$	\$
<b>资产（不包括退休账户）</b>	<b>患者/担保人</b>	<b>配偶/伴侣</b>	<b>合计</b>
支票/储蓄/信用合作社账户	\$	\$	\$
股票和债券	\$	\$	\$
货币市场/经纪账户	\$	\$	\$

存单	\$	\$	\$
总资产	\$	\$	\$

本人兹证明，据本人所知，本申请表中的信息真实无误。本人同意申请本人可能有资格获得的任何地方、州和联邦援助，以帮助减轻任何医院和专业人员账单的费用。本人了解所提供的信息可能会被本组织核实，本人授权他们联系第三方来核实本申请表中提供信息的准确性。本人明白，如果本人故意提供不正确的信息，或者申请表中存在重大错误或遗漏，本人将不再有资格获得经济援助。如果之前向我提供了经济援助，届时可能会取消，本人将对未清余额负责。

\_\_\_\_\_  
经济援助申请人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
配偶/同居伴侣/担保人签名（如适用）

\_\_\_\_\_  
日期