



患者姓名：
账号：

感谢您允许 Community Medical Centers 为您的健康护理需求提供服务。

随函附上财务援助申请书以确定是否存在经济困难。如果您有意申请，请在接下来的 (15) 十五个工作日内完成申请并返还给我们。请连同申请书附上以下文件的副本：

家中所有家庭成员的收入证明：

1. 三 (3) 份近期工资单、2 周或最近提交的纳税申报单 *或者*
2. 如果是自雇人士，请提供最近提交的纳税申报单（包括附表 C）*或者*
3. 如果失业，请附上失业补偿福利单 *或者*
4. 退休金/养老金报表（如适用）*或者*
5. 如果接受公共援助，请提供以下任何政府计划的资格/当前参与情况证明：Medicare Savings Program、Cal WORKS、Cal Fresh（食品券）、SSI/SSP（补充保障收入/州补助金）或 WIC（妇女、婴儿和儿童）

拥有医疗保险的患者还**必须**提供文件，确认在过去 12 个月已支付**或**欠付的医疗费用占家庭收入的 10%。所有当前余额、医疗账单/收据、药房和医疗保险费都纳入 10% 的范围。

社区医疗中心致力于服务我们的社区，非常乐意能够在需要的时候帮助您。

如果您对此账户或所需的文件存在任何疑问，请致电 (559)459-3939 或 (800)773-2223 选择 #3。不完整的申请将无法受理。

请将填妥并签字的申请书和文件发送传真至 (559) 230- 8505，或者邮寄至以下地址：

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

提供/邮寄表格的日期 _____ 返还表格人 _____

CMC 财务援助申请书

患者姓名	患者账号
	医疗病例号

I. 患者/责任方	
姓氏	名字 中间名首字母
街道地址	社会安全号
	住宅电话
	手机
雇主名称	办公电话
	每月总收入 \$

II. 配偶/家庭伴侣	
姓氏	名字 中间名首字母
街道地址	社会安全号
	住宅电话
	手机
雇主名称	办公电话
	每月总收入 \$

III. 家庭信息		
请列入配偶、家庭伴侣和 21 岁以下的受抚养子女。如果患者是未成年人，请列出所有父母、看护人亲属和（21 岁以下的兄弟姐妹）		
姓名	出生日期	关系
家庭总人数:		

IV. 每月总收入	
患者/责任方的月收入	\$
配偶/家庭伴侣月收入（如适用）	\$
退休收入	\$
收到的赡养费/抚养费	\$
失业金或工作报酬	\$
社会安全/社会安全残疾金	\$
其他收入	\$
如果支付赡养费/抚养费，请在此处扣除	-\$
每月总收入	= \$

V. 其他信息		
	是	否
您是否超过 18 岁，并在父母收入纳税申报单上申报为受抚养人？		
您是否参加：Medicare Savings Program、Cal WORKS、Cal Fresh（食品券）、SSI/SSP（补充保障收入/州补助金）或 WIC（妇女、婴儿和儿童）		
您是否拥有医疗保险？		
这次就诊是否为间接引起？比如车祸或者滑倒？		
是否申请 Medi-Cal 或 Medicare？		
是否申请 Covered California？		

不完整或欺诈申请将被拒绝
<p>在填写此财务报表时，本人特此确认上述报表正确、完整，并且同意由社区医疗中心进一步核实。</p> <p>签名： _____</p> <p>正楷姓名： _____</p> <p>日期： _____</p> <p>关系（如果不是患者本人） _____</p>

请将完成的申请书和文件发送传真至 (559) 230 -8505，或者邮寄至以下地址：

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889