

# UC DAVIS HEALTH

## 财务援助申请表

1. 患者信息					
姓 名		保证人账户号码		医疗记录号码	
2. 申请人信息		与患者的关系		婚姻状态	
		自己 配偶 父母 其他		结婚 单身 分居	
姓 姓名					
出生日期		目前报税表上受赡养人的人数	各位受赡养人的年龄		电话号码 ( )
街道地址 (不要用 PO Box)		城市		州	县 邮政编码
3. 收入信息 (需提供支持文件)					
每月收入来源		申请人	共同申请人		合并每月收入
就业收入		\$	\$		\$
儿童抚养费		\$	\$		\$
配偶赡养费		\$	\$		\$
政府福利		\$	\$		\$
馈赠		\$	\$		\$
其他 (失业金、退休金、等)		\$	\$		\$
总计合并每月收入					\$
是否由家人/朋友提供食宿?			是	否	

4. 签名及注明日期	
<p><b>目的:</b> 提供以上信息的目的是用来确定您支付 UCDH 服务的能力或您是否有资格获得医疗援助计划。本信息并非 Medi-Cal、Sacramento 县医疗贫困服务计划或其他任何县的援助计划的申请表。您必须另行联系您居住县的社会服务部门申请援助计划。</p> <p>我证明上述信息准确且完整。我理解医院保留核实所提供信息的权利。我同意在财务信息变更后 10 天内通知 UCDH 患者账务客户服务部门 (916) 734-9200 告知发生的任何变化。我理解我仍需对在 UCDH 的全部费用负责。</p>	
<p>_____</p> <p>患者 / 负责方的签名</p>	<p>_____</p> <p>日期</p>