



如何申請 Scripps 醫療費用補助

請務必在填表前閱讀所有內容。

當您申請協助支付 Scripps 醫療護理費用時，我們將檢查兩個不同的計劃。一項稱為 Scripps Charity Care 計劃，另一項稱為 Discount Payment 計劃。若要瞭解您是否符合這些補助計劃的資格，您的家庭收入必須達到或低於特定金額。

適用於 Scripps Charity Care 計劃：

- 要獲得全額補助，您的家庭收入必須等於或低於聯邦貧困線的 200%。
- 如果您的家庭收入略高一些，介於聯邦貧困線的 201% 到 400% 之間，您可能有資格獲得部分補助或折扣。

請務必向 Scripps 提供我們要求的所有資訊，以便我們找出最適合您的補助方式。在您提供我們所有需要的文件後，您將在 30 天內收到一封信，告知您是否能獲得醫療費用補助。

步驟 1： 閱讀以下清單，並選擇最能證明您收入的方式。附上所有文件的副本。請勿寄送正本文件，因為我們將無法退還。如果您忘記寄送某些文件，可能會導致審核申請的時間延長，或者您可能無法獲得此計劃的補助。

收入類型	所需文件
就業收入	個人所得稅申報表副本（當前納稅年度的 1040 表格） 或 最近兩張薪資單的副本
自僱收入	個人所得稅申報表副本（當前納稅年度的 1040 表格，包括 C 表）。
社會安全金/退休金	個人所得稅申報表副本（當前納稅年度的 1040 表格） 或 社會安全金機構發出的每月給付金額證明函副本。
殘障津貼	個人所得稅申報表副本（當前納稅年度的 1040 表格） 或 殘障津貼給付金額證明函副本
失業救濟金	個人所得稅申報表副本（當前納稅年度的 1040 表格） 或 每月給付金額證明函副本

步驟 2： 填寫並簽署附件中的申請表。

需要協助填寫申請表？請於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 Scripps 財務援助部門：
(877) 727-4777

步驟 3： 將您的申請表和所有文件郵遞至：

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance
Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127
或者，您可以將您的申請表和所有文件傳真至：(858) 927-5041



病人財務援助申請表

申請人（擔保人）資訊

姓名（名字、中間名首字母縮寫、姓氏）		出生日期（月/日/年）	
街道地址		城市、州、郵遞區號	
家用/行動電話	擔保人帳號	病歷號碼	社會安全碼
配偶/監護人姓名（名字、中間名首字母縮寫、姓氏）		出生日期（月/日/年）	
家用/行動電話		社會安全碼	
您的配偶是否也會申請財務援助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申請人識別號碼：	病歷號碼	

家庭成員/受撫養人

家庭人數：_____ 列出與您同住的家庭成員人數，例如配偶、合格的同居伴侶和 21 歲以下的受撫養子女，或任何年齡的殘障人士。包括病患照顧者的其他殘障受撫養子女。

姓氏：	名字：	出生日期：	病歷號碼：
姓氏：	名字：	出生日期：	病歷號碼：
姓氏：	名字：	出生日期：	病歷號碼：
姓氏：	名字：	出生日期：	病歷號碼：

收入來源	申請人	共同申請人	每月總收入
就業/自僱			
社會安全金			
殘障津貼			
年金			
贍養費			
其他			

財務協議和信用報告授權

我保證我在本申請書中所填寫的所有內容均屬真實且正確。所有附件均為正本的真實副本。我知道謊報此資訊是違法的，而且我將無法獲得此計劃的補助。

Scripps Health 可以查閱我的信用報告和其他來源，以確認我是否符合資格

病人/擔保人簽名 X	日期（月/日/年）
病人配偶/擔保人簽名 X	日期（月/日/年）

我們將寄信通知您是否能獲得醫療費用補助