

申請表說明

DSH 10268F (修訂於04/2023) [繁體中文]

州立醫院部財務援助計劃申請表由三頁組成。要完成申請表，請遵循以下說明。

A部分：患者與家庭成員資訊

患者資訊 – 請填寫以下字段：患者名字、中間名（如適用）、姓氏、出生日期、主要地址、市、州以及郵遞區號。如果有第二地址，請一併填寫。

如果您是監護人、保護人、受款人代表或代理人，請勾選適當的復選框，並提供您的聯絡資訊和委任日期。

家庭成員資訊 – 選擇患者是單身還是已婚，並註明受撫養者人數。請遵循下列格式列出患者的所有家庭成員及其與患者的關係：名字、姓氏、關係。

B部分：健康保險承保範圍

請註明「是」或「否」，說明患者是否有健康保險、Medi-Cal或Medicare。如果患者有健康保險，請填寫以下部分，提供保險公司名稱、保單持有人姓名、保單/訂購者ID號碼以及團體號碼。此外，請說明患者與保單持有人的關係。

C部分：收入與資產、財務帳戶、雜項資產以及不動產

收入與資產 – 請註明在此部分收到的任何款項。請在每種來源類型的右側欄中說明每月收到的金額。若不適用，請列為「N/A」。請在遞交申請時提供您的工資單、房租收據、銀行對帳單以及任何其他支持性文件的副本。

財務帳戶 - 請說明患者擁有的財務帳戶類型。例如：支票、儲蓄、其他。請列出銀行名稱、地址、帳號以及目前餘額。

如果您有第二帳戶，請以同樣的格式填寫第二帳戶字段。

雜項資產 – 請列出您擁有的任何股票、債券或加密貨幣資產及其價值。如果擁有多種股票和/或債券，請在另一張紙上分別列出每種股票和/或債券及其各自的價值，並與填妥的申請表一併提交。

不動產 – 請列出擁有的任何不動產。請同時說明哪項財產（如有）是主要居所。

D部分：每月生活費用

請說明每月生活費用是只涵蓋患者，還是涵蓋了患者及受撫養者。請在費用類型的右側欄中列出每月費用金額。在該欄底部寫下每月總費用。請提供按揭單、房租收據、公用事業帳單等的副本。

E部分：其他考慮事項

請列出您認為與州立醫院部 (Department of State Hospitals, DSH) 考慮您的財務援助申請有關的任何其他資訊。如果您需要額外的空間，請在另一張紙上填寫資訊，並附在申請表上。

簽名部分：資訊公開與簽名

閱讀並理解本部分的資訊非常重要。申請人簽署申請表，即表示同意DSH的條款及條件。沒有患者或患者代表簽名的申請表將被視為未填寫完整。

請將填寫完整的申請表透過郵寄、電子郵件或傳真提交至：

Department of State Hospitals
c/o Trust Office
1215 O Street, MS-3, Sacramento, CA
95814

電子郵件：

DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov

電話號碼：916-654-1501

傳真：916-651-8908

如果您在填寫申請表時需要協助，請聯絡我們的客戶服務部。客戶服務部的服務時間為週一至週五，上午8點至下午4點30分。