



財務援助計劃申請

請郵寄至：

Department of State Hospital
Attn: Patient Cost Recovery Section
1215 O Street, MS-3
Sacramento, CA 95814
電子郵件地址：DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov

說明：請盡您所能填寫A到E部分。支持性文件可附在申請表上，並與申請表一起郵寄至上述地址。

A部分

患者資訊

患者名字					中間名	姓氏	出生日期	
主要地址			市	州	郵遞區號			
第二地址			市	州	郵遞區號			
請勾選適用項（如有）並在下方提供附加資訊：								
<input type="checkbox"/> 監護人/保護人		<input type="checkbox"/> 受款人代表		<input type="checkbox"/> 代理人				
名字	姓氏	委任日期	電話號碼	電子郵件				
郵寄地址			市	州	郵遞區號			

家庭成員資訊

患者婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚			受撫養者人數：	
請在下方列出您的所有家庭成員及其與您的關係：				
名字	姓氏	關係		
名字	姓氏	關係		
名字	姓氏	關係		



B部分

健康保險承保範圍

您目前是否享有健康保險？：		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您勾選「是」，請在下方提供附加資訊：			
主要保險公司名稱		保單持有人	
保單/訂購者ID號碼		團體號碼	
與保單持有人的關係：		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 其他
如果您有第二健康保險保單，請提供以下資訊：			
第二保險公司名稱		保單持有人	
保單/訂購者ID號碼		團體號碼	
與保單持有人的關係：		<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶
		<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 其他

C部分

收入與資產

說明：請在「每月收到的金額」一欄列出收到的款項。若不適用，請列為「N/A」。請在提交申請表時附上支持性文件。不可計算的收入不受債務催收或支付的影響，因此不需要報告。（請參閱附件1，瞭解其他不可計算的收入類型。）

來源	每月收到的金額
就業收入	
補充保障收入	
殘障福利	
退伍軍人福利	
鐵路退休	
配偶、父母或受撫養者的支援	
應納稅退休福利	
租金收入	
其他（請描述）：	

財務帳戶

說明：請在下方列出您擁有的任何銀行帳戶及其價值。如果您需要額外的空間，請使用E部分填寫額外的銀行帳戶資訊。



帳戶類型：	<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 儲蓄	<input type="checkbox"/> 其他 _____
銀行名稱：	地址：		
帳號（僅填寫最後4位數）：	目前餘額：		

帳戶類型：	<input type="checkbox"/> 支票	<input type="checkbox"/> 儲蓄	<input type="checkbox"/> 其他 _____
銀行名稱：	地址：		
帳號（僅填寫最後4位數）：	目前餘額：		
您是否為信託受益人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若勾選「是」，請使用E部分提供信託名稱、類型以及受托人聯絡資訊）			

雜項資產

說明：請在下方列出您擁有的任何股票、債券或加密貨幣及其價值。如果您需要額外的空間，請使用E部分。

描述	價值

不動產

說明：請列出您擁有的任何不動產。如果您需要額外的空間，請使用E部分。請同時說明您視為主要居所的財產（如有）。

描述/地址	主要居所（是/否）

D部分

每月生活費用

每月生活費用涵蓋範圍： 僅您本人 您本人以及受撫養者。

費用類型	每月金額
健康保險保費（包括牙科和眼科）	
法律義務（贍養費、子女撫養費等）	
交通（汽車費用、保險、汽油、公共交通費用等）	
房屋費用（抵押貸款、房租、房屋保險、財產稅等）	
食品、衣物和其他家庭用品	
學校或托兒所費用	
公用事業（煤氣、電力、水、垃圾、電話費等）	
其他：	



每月總費用

E部分

其他考慮事項

說明：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，包括額外的銀行帳戶或股票和債券資訊。如果您需要額外的空間，請在另一張紙上列出資訊，並附在申請表上。

本人證明，上述資訊正確且完整。本人瞭解，州立醫院部 (DSH) 保留核實所有提供的資訊的權利，並可能會要求本人提供這些資訊的證明。本人同意，在本人的財務資訊有任何變更時，本人會於10天內通知DSH-Sacramento信託辦公室（電話：(916) 654-1501；電子郵件：DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov）。

本人是： 患者

患者代表（與患者的關係 _____）

正楷姓名

簽名

日期

電子郵件

電話號碼

地址

市

州

郵遞區號