

经济援助申请

申请人（担保人）信息

申请人姓名 _____ 出生日期 _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____
 手机号码 _____ 家庭号码 _____
 婚姻状况： 已婚 或 单身 离婚 鳏夫

共同申请人信息

配偶/同居伴侣姓名 _____ 出生日期 _____
 地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

家庭（家庭）信息

名字、中间名、姓氏	出生日期	与申请人的关系
1		
2		
3		
4		

收入

申请人		共同申请人	
总收入	\$	总收入	\$
社会保障 / SSI / SSDI	\$	社会保障 / SSI / SSDI	\$
公共救助	\$	公共救助	\$
租赁物业收入	\$	租赁物业收入	\$
退休/养老金	\$	退休/养老金	\$
工伤赔偿	\$	工伤赔偿	\$
失业	\$	失业	\$
子女抚养费	\$	子女抚养费	\$
其他	\$	其他	\$
总计	\$	总计	\$

开支

申请人		共同申请人	
人寿保险	\$	人寿保险	\$
医疗费用	\$	医疗费用	\$
其他	\$	其他	\$
财产税	\$	财产税	\$
电话/手机	\$	电话/手机	\$
公用事业	\$	公用事业	\$

经济援助申请

总计	\$		\$	总计
----	----	--	----	----

致谢与签名

权利转让

通过在下方签署，我声明，在伪证罪的惩罚下声明，本经济援助申请中包含的信息和陈述，以及所有提交的文件，均为准确、真实且正确的。

我了解到霍格医院可能会合理地要求补充信息和核实。

我承认我所提供的信息和陈述将由霍格医院保密。

我理解完成这份申请可以让霍格考虑我的情况。

我也理解霍格案并未保证经济援助是有保障的。

我/我们特此认证上述信息，并自愿授权您获取与我/我们相关的信用信息。

申请人签名

日期

共同申请人签名

日期

申请及所需文件

请选择您申请的项目： 折扣 经济援助（慈善护理）

Hoag 通过一个应用程序同时提供折扣付款和经济援助（慈善护理）。需要注意的是，如果您只申请折扣付款，您可能获得的折扣低于通过慈善护理项目获得的折扣。你能获得多少帮助取决于你符合哪个项目的资格。

除了经济援助申请外，还必须提交以下文件：

- 为家中每位有工资收入的人提供两（2）张工资单，或患者首次被收费当年或计费日前12个月的1040报税表。请务必附上所有日程和附件。
- 您最近取消的租金支票、租赁协议或抵押贷款付款的副本。如果家人或朋友为你提供住处或帮助你的收入，你可以提交他们的书面声明。

请通过以下选项之一提交您的申请及所有必需文件：

- 安全传真：949-764-7031
- 电子邮件：PFS@hoag.org
- 邮件：
患者金融服务

经济援助申请

2975 Red Hill Ave, Suite 200
Costa Mesa, CA 92626

收到您填写的申请后，我们将在30天内向您发送书面决定。

如果您有疑问或想讨论您的账户，请致电**949-764-8400**。

我们的办公时间为**周一至周五，上午8：00至下午4：30**。