

# UC Davis Health 财务援助和折扣申请

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |       |          |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|-------|----------|----|
| <b>1.患者信息</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                  |       |          |    |
| 姓氏                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 名字               |       | 担保人账号    |    |
| 医疗记录号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                  |       |          |    |
| <b>2.申请人信息</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 与患者的关系           |       | 婚姻状况     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 本人 配偶 父母 其他      |       | 已婚 单身 分居 |    |
| 姓氏                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 名字               |       |          |    |
| 出生日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 当前纳税申报表上的受抚养人的人数 |       | 受抚养人的年龄  |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |       | 电话号码 ( ) |    |
| 街道地址 (不要列出邮政信箱地址)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 城市               |       | 州        | 县  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |       |          | 邮编 |
| <b>3.收入信息 (必须提供支持文件记录)</b> 仅可能要求提供最近的工资单或所得税申报表作为收入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                  |       |          |    |
| 每月收入来源                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 申请人              | 共同申请人 | 合在一起的月收入 |    |
| 就业收入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$               | \$    | \$       |    |
| 子女抚养费                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$               | \$    | \$       |    |
| 赡养费                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | \$               | \$    | \$       |    |
| 福利                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | \$               | \$    | \$       |    |
| 其他 (失业救济金、养老金、礼物等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | \$               | \$    | \$       |    |
| 每月合在一起的总收入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                  |       | \$       |    |
| 您的食宿是否由家人/朋友提供?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                  |       | 是        | 否  |
| <b>4.签名和日期</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                  |       |          |    |
| <p><b>目的:</b> 本信息的目的是确定您是否有能力支付 UCDH 的服务费用, 或者您是否可能有资格获得医疗援助计划。无论是否有医疗保险, 患者均可使用财务援助。请注意, 要有资格获得援助, 有保险的患者必须在 UC Davis Health 或其他产生费用的收款人处产生了总金额至少为其家庭收入的百分之10的医疗保健费用。本信息并非申请获得 Medi-Cal、萨克拉门托县医疗贫困服务计划 (Sacramento County Medically Indigent Service Program) 或任何其他县援助计划。您必须联系您居住地所在县的社会服务部申请援助计划。</p> <p>本人证明以上信息准确完整。本人理解医院有权核实提供的所有信息。本人同意在本人的财务信息发生任何变化后的10天内通知 UCDH Patient Billing Customer Service Department (UCDH 患者账单客户服务部): (916) 734 -9200。本人理解本人仍然需要为本人在 UCDH 的收费总额负责。仅申请获得 Discount Payment (折扣付款) 计划资格的患者可能获得的财政援助比他们通过 Charity Care (慈善护理) 计划获得的援助少。</p> |  |                  |       |          |    |
| 患者/责任方签名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                  | 日期    |          |    |

## 重要通知

### 帮助支付您的账单

有帮助您理解账单和付款流程的免费消费者权益维护组织。您可以拨打888-804-3536联系 Health Consumer Alliance（健康消费者联盟）或访问 [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) 获取更多信息。

### 医院账单投诉计划

医院账单投诉计划（Hospital Bill Complaint Program）是一项州计划，其复审医院关于您是否有资格获得支付您的医院账单帮助的决定。如果您认为自己被错误地拒绝了经济援助，您可以向医院账单投诉计划提交投诉。前往 [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) 了解更多信息并提交投诉。

### Patient Billing Customer Service（患者账单客户服务）争议联系方式：

账单办公室经理 Melissa Lopez 或收入服务执行总监，电子邮箱：hs-patientbilling@ucdavis.edu

电话：916-734-9200或800-551-9411或916-734-9230（TDD/听力障碍）

### Language Assistance

**ATTENTION:** If you need help in your language, please call 916-734-9200 or Toll free 800-551-9411 or visit Financial Clearance Department. The office is open Monday – Friday, 08:30 AM – 4 PM and located at 2315 Stockton Blvd — Admission Office, Sacramento, CA 95817. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available. These services are free.

Spanish

**ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma, llame al 916-734-9200 o al número gratuito 800-551-9411 o visite el Financial Clearance Department (Departamento de Autorización Financiera). La oficina está abierta de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4 p.m. y se encuentra en 2315 Stockton Blvd - Admission Office (Oficina de Ingresos), Sacramento, CA 95817. También se ofrecen apoyos y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.

Simplified Chinese

**注意：**如果您需要语言帮助，请拨打 916-734-9200 或免费电话 800-551-9411 或访问财务审批部。该部门的办公时间为星期一至星期五上午 08:30 至下午 4:00，地点在 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817。该办公室为有特殊需要的人士提供辅助和服务，例如盲文文件、大号字体印刷品、以及其他的无障碍电子格式。这些服务是免费的。

Vietnamese

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần thông dịch, vui lòng gọi 916-734-9200 hoặc đường dây miễn phí 800-551-9411 hoặc đến Phòng Thanh toán Tài chính. Văn phòng mở cửa từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 08:30 sáng - 4 giờ chiều và tọa lạc tại 2315 Stockton Blvd – Văn phòng Tuyển sinh, Sacramento, CA 95817. Hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille, chữ in lớn, tài liệu dưới dạng âm thanh và các định dạng điện tử để tiếp cận khác cũng có thể được cung cấp. Những dịch vụ này đều hoàn toàn miễn phí.

Korean

**주의:** 해당 언어로 도움이 필요하시면 916-734-9200 또는 무료 전화 800-551-9411로 전화하시거나 재무 승인 부서를 방문하십시오. 사무실은 월~금요일 오전 8시 30분터 오후 4시까지 운영되며 2315 Stockton Blvd,- Admission Office, Sacramento, CA 95817에 위치해 있습니다. 점자 문서, 큰 활자, 오디오 및 기타 접근가능한 전자 형식의 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료입니다.

Russian

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, пожалуйста, звоните по телефону 916-734-9200 или по бесплатному номеру 800-551-9411, либо посетите Отдел оплаты финансовых долгов. Отдел работает с понедельника по пятницу с 08:30 утра до 4:00 дня и расположен по адресу 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817. Также предоставляются вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, составленные шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в аудио и других доступных электронных форматах. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

**ATENSYON:** Kung kailangan niyo ng tulong sa inyong wika, mangyaring tumawag sa 916-734-9200 o Toll free 800-551-9411 o pumunta sa Financial Clearance Department. Bukas ang opisina ng Lunes- Biyernes, 08:30 AM – 4 PM at nasa 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817. Mayroon ding mga pantulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille, malaking print, audio, at mga ibang maa-access na elektronikong format. Libre ang mga serbisyong ito.

Armenian

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ`** Ձեր լեզվով օգնության կարիքի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել 916-734-9200 կամ անվճար 800-551-9411 հեռախոսահամարով, կամ այցելել ֆինանսական հաշվանցման բաժին (Financial Clearance Department): Գրասենյակը բաց է երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:30-ից – 16:00 և գտնվում է այս հասցեում՝ 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են փաստաթղթերը բրայլյան լեզվով, խոշոր տառերով, ձայնագրված կամ այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս ծառայություններն անվճար են:

Farsi

**توجه:** اگر به زبان خود به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره ۹۲۰۰-۷۳۴-۹۱۶ یا ۹۴۱۱-۸۰۰-۵۵۱ رایگان تماس بگیرید یا به بخش تسویه مالی مراجعه کنید. این دفتر دوشنبه تا جمعه، از ساعت ۸:۳۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر باز است و در 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817 واقع شده است. خدمات کمکی و خدماتی برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد به خط بریل، چاپ بزرگ، صدا و فرمت های الکترونیکی قابل دسترس نیز موجود است. این خدمات رایگان هستند.

Japanese

**お知らせ：** 普段お使いになっている言語でサポートをご希望の場合は、916-734-9200またはフリーダイヤル 800-551-9411までお電話いただくか、Financial Clearance Department（医療費精算部門）までご相談ください。オフィスの営業時間は月曜日から金曜日の午前 8時30分から午後4時までとなっております。場所は 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817です。点字や拡大文字、音声、その他のアクセシビリティ対応電子フォーマットによる文書など、障害を持つ方にご利用いただけるサービスも提供しています。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

Arabic

**انتباه:** إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، يرجى الاتصال بالرقم 916-734-9200 أو الرقم المجاني 800-551-9411 أو زيارة قسم المقاصة المالية. المكتب مفتوح من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 08:30 صباحاً حتى 4:00 مساءً على العنوان 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817. أيضاً مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، كالمستندات المكتوبة بطريقة برايل، طباعة بخط كبير، تعليمات صوتية، وغيرها من التسهيلات الإلكترونية القابلة للوصول. هذه الخدمات مجانية.

Punjabi

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 916-734-9200 ਜਾਂ ਟੈਲ ਫਰੀ 800-551-9411 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਕਲੀਅਰੈਂਸ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਇਹ ਦਫ਼ਤਰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 08:30 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4 ਵਜੇ ਤੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817 'ਤੇ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਅੰਪੰਗ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Khmer

**សូមជ្រាប:** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរសម្រាប់ស្នើទៅលេខ 916-734-9200 ឬលេខឥតគិតថ្លៃ 800-551-9411 ឬទៅកាន់ក្រសួង Financial Clearance Department។ ការិយាល័យនេះបើកពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 08:30 ព្រឹក- 4 រសៀល ហើយមានទីតាំងនៅ 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការ អក្សរចោះពុម្ពធំៗ អូឌីយ៉ូ និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Hmong

**FAJ SEEB:** Yog tias koj xav tau kev pab txhais ua koj hom lus, ces thov hu rau 916-734-9200 los sis Tus Xov Tooj hu dawb 800-551-9411 los sis mus saib hauv Financial Clearance Department (Lub Chaw Kev Them Nyiaj). Lub chaw hauj lwm no qhib rau hnuab Monday-Friday, 08:30 Teev sawv ntxov – 4 Teev yav tsaus ntuj and located at 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817. Muaj kev pab dawb thiab kev saib xyuas rau cov neeg xiam oob qhab, xws li muaab cov ntaub ntawv sau ua cov ntawv xua rau neeg dig muag, muab luam tawm kom loj, muab kaw ua suab lus, thiab muab tso hauv koo pij tawj kom sawv daws nkag mus saib tau. Tej kev saib xyuas no yog pab dawb xwb.

Hindi

**ध्यान दें:** यदि आपको अपनी भाषा में कोई मदद चाहिए तो कृपया 916-734-9200 या टोल-फ्री 800-551-9411 पर कॉल करें या वित्तीय क्लियरेंस विभाग में जायें। यह कार्यालय सोमवार से शुक्रवार सुबह 08:30 से शाम 4 बजे तक खुला रहता है और 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817 में स्थित है। यहाँ विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवायें, जैसे कि ब्रेल या बड़े अक्षरों, ऑडियो, तथा अन्य इलेक्ट्रॉनिक प्रारूपों में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। ये सेवायें निःशुल्क हैं।

Thai

**โปรดทราบ:** หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 916-734-9200 หรือโทรฟรี 800-551-9411 หรือไปที่ Financial Clearance Department สำนักงานเปิดทำการ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 น. – 16.00 น. และตั้งอยู่ที่ 2315 Stockton Blvd – Admission Office, Sacramento, CA 95817 การให้ความช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง และอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงได้อีกด้วย บริการเหล่านี้ไม่เสียค่าใช้จ่าย