

患者姓名： _____
 賬戶號碼： _____

第一部分 家庭/保證人資料

家庭總人數： _____
 不滿 21 歲受贍養人數： _____
 保證人姓名及與患者的關係： _____

患者公民狀態： _____
 章節#： _____ 身份日期： _____ 大赦#： _____

護理員住戶： 是___否___
 殘障： 是___否___
 懷孕： 是___否___
 法定盲人： 是___否___
 社會安全殘障 SSI/SSP
 申請中： 是___否___
 犯罪受害者： 是___否___

第二部分 每月毛收入

掙得收入 (工資、薪水、小費等)	金額
圈選一個或多個	
患者/父親	\$ _____
配偶/母親/其他 (請說明)	\$ _____

非掙得收入
 勾選所有適用項

[] 殘障福利	\$ _____
[] 退休	\$ _____
[] 普通補助	\$ _____
[] 其他 (圈選所有適用項)	\$ _____

失業保險	退伍軍人福利
社會安全	工傷保險
子女贍養費	配偶贍養費
供款	利息
分紅	房地產收入
貸款	

總收入 \$ _____

家人/朋友是否為您提供免費食宿？ 是___否___

第三部分 流動資產

支票賬戶號碼： _____
 銀行/信用社名稱： _____ \$ _____
 分行： _____ \$ _____
 儲蓄賬戶號碼： _____ \$ _____
 銀行/信用社名稱： _____ \$ _____
 分行： _____ \$ _____
 證券/股票/債券/保單現金值/退稅/等
 (請說明) _____ \$ _____
 總流動資產： _____ \$ _____

第四部分 非流動資產

擁有的車輛 (圈選所有適用項)

	品牌	年份	尚欠金額	每月還貸	價值
第 1 輛車	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
第 2 輛車	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
卡車/摩托車	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
船/露營拖車/露營車	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他	_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

總計 (不計算第 1 輛車) \$ _____ \$ _____ \$ _____
 住宅自有或租賃？ 自有___ 租賃___
 除住宅之外是否擁有其他房地產？ 是___ 否___
 地址/位置： _____

其他房地產	價值	尚欠金額	淨值
車輛總價值加上	\$ _____	\$ _____	\$ _____
其他房地產淨值 = 總非流動資產	\$ _____		

第五部分 每月花費

	每月 應付額	每月付款 或費用
配偶和/或子女贍養費 (如果孩子不被認作 被贍養人)	\$ _____	\$ _____
孩子的日托費用 (父母上班)	\$ _____	\$ _____
醫療保險保費	\$ _____	\$ _____
工作相關費用 (每名工作者\$75) 費用小計	\$ _____	\$ _____

第四部分的車輛還貸總額 \$ _____ \$ _____

醫療/牙科費用總額
(包括 UCDMC) \$ _____ \$ _____

信用賬戶/貸款/信用卡：

姓名： _____	\$ _____	\$ _____
姓名： _____	\$ _____	\$ _____
姓名： _____	\$ _____	\$ _____
Mastercard 限額\$ _____	\$ _____	\$ _____
Visa 限額\$ _____	\$ _____	\$ _____
小計	\$ _____	\$ _____

總花費 \$ _____ \$ _____

說明：

用途：本資料的用途是確定您是否有能力支付 UCDMC 服務，以及您是否有資格獲得醫療補助。本資料不是 Medi-Cal、沙加緬度郡貧困患者服務項目或任何其他郡的補助計劃的申請。您必須聯絡住所所在郡的社會服務部門，申請補助計劃。

我認證以上的資訊是準確和完整的。我明白，醫院保留核實所有填寫內容的權利。如果我的財務狀況發生改變，我同意在改變發生後的 10 天內通知 UCDHS 患者賬務客戶服務部門，電話是 (916) 734-9200。我明白，我仍然需要為我在 UCDMC 的收費全額負責。

_____	病人/責任人的簽名	_____	日期
_____	證人/翻譯 (翻譯免責聲明)	_____	醫院代表