



向 PIH HEALTH 請求無償服務

本人懇請 PIH Health 確定本人是否合資格獲得協助支付醫院帳單。本人理解，本人需要為該事項提供部分資訊。本人理解，填寫本表格並不能保證本人會獲得此協助。若本人不合資格獲得無償服務，本人將自行負責支付本人的醫院帳單。

姓名 _____ 帳號 _____

地址 _____ 電話號碼 _____

編號 街道 市 州 郵遞區號

僱主姓名 _____ 僱主電話 _____

僱主地址 _____

出生日期 ____/____/____ 性別代碼 ____ 1=男性 2= 女性

與閣下同住的家庭成員人數 ____

姓名	關係	年齡	性別	姓名	關係	年齡	性別
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

醫師姓名 _____ 診斷 _____

收入：請提供支票及銀行帳單影印本並列明收入

	月	收入
工資（本人）	_____	_____
（伴侶）	_____	_____
（其他家庭成員）	_____	_____
農場或自僱	_____	_____
公共援助	_____	_____
社會保障	_____	_____
失業補助金	_____	_____
罷工津貼	_____	_____
贍養費/子女撫養費	_____	_____
軍人家庭配額	_____	_____
養老金	_____	_____
來自股息/利息/租金的收入	_____	_____

費用（每月）

抵押/租賃 _____ (1)	醫療保險 _____
公共事業 _____	汽車保險 _____
電話 _____	醫療帳單 _____
食品 _____	醫院 _____
金融/其他貸款 _____	醫師 _____
汽車貸款 _____	藥物 _____
(1) 如無，住屋來源 _____	總費用 _____

閣下是否擁有物業？ 是 () 否 () 如是，估計價值： _____ 負債金額 _____

閣下擁有其他產業？ 是 () 否 () 如是，估計價值： _____

閣下擁有是否汽車？ 是 () 否 () 如是，型號/品牌： _____ 年 _____ 價值 _____

- 本人聲明，根據偽證處罰條例，據本人所知，本人所給出的答案為真實且正確。
- 本人同意，若本人（或本人代表其行事的人）的收入、財產、費用或家庭成員的任何更改或地址更改，本人會在 10 日內告知服務提供者。
- 本人理解，本人可能需要證明本人的陳述，並且本人的資格陳述將由本人的僱主、銀行、信用驗證及財產調查機構的聯絡人進行驗證。
- 鑒於因事故或受傷而接受醫療保健服務，本人進一步同意向醫院償還因該類行為而產生的任何訴訟或和解的收益。
- 本人理解，倘本人沒有資格獲得無償服務，本人將自行承擔 PIH Health 提供的服務的費用，或者本人可以書面形式提出申訴，並附上其他文件

簽名 _____

日期 _____

請將填妥的申請表與附件郵寄至：PIH Health, Customer Service Department, P.O.BOX 511216, Los Angeles, CA 90051