

经济援助申请

服务日期: _____ 医院名称: _____ 账户编号: _____

患者或申请人姓名: _____ 地址: _____

城市: _____ 州: _____

邮编: _____ 家庭电话号码: _____ 手机号码: _____

患者社会保障号: _____ 婚姻状态: _____

申请经济援助必须回答以下问题

1. 您接受医院服务时是俄亥俄州居民吗? 是 _____ 否 _____
 - a) 如果回答“否”, 您当时住在哪个州? _____
2. 您是否申请过 MEDICAID 或其他县援助? 是 _____ 否 _____
 - a) 如果回答“是”, 您递交申请的日期是何时? _____
 - b) 如果回答“是”, 您是否曾在除俄亥俄州之外的其他州申请 MEDICAID? 是 _____ 否 _____
如果回答“是”, 您曾在哪个州申请承保? _____
3. 在接受服务时, 您是否有健康保险承保? 是 _____ 否 _____
 - a) 如果回答“是”(并且医院未向该保险开具账单), 请在提交本申请时随附保险卡副本。
4. 接受服务是否与车辆事故有关? 是 _____ 否 _____
 - a) 如果回答“是”, 您是否提交了索赔申请? 索赔编号: _____ 保险名称: _____
5. 您是否有健康储蓄账户(HSA)? 是 _____ 否 _____
 - a) 如果回答“是”, 请寄送显示当前余额的证明文件副本。
6. 请指出您的家庭成员中是否有人拥有以下资源。
 - a) 您的房屋是自有的还是租赁的? 自有 _____ 租赁 _____
 - b) 存款/储蓄: 是 _____ 否 _____ 如果回答“是”, 请写出总金额 \$ _____
 - c) 其他资产包括但不限于存款单/股票/债券/货币市场账户: 是 _____ 否 _____ 如果回答“是”, 请写出总金额 \$ _____

请在下面列出您的所有家庭成员。如果位置不够, 请在本表格的背面继续填写。

姓名	与患者的关系	年龄	在患者接受服务之前的 3个月内的总收入	在患者接受服务之前的 12个月内的总收入	收入来源 雇主名称 (请说明是否为大学生)
	本人				

提交本申请时请随附 3 个月或 12 个月收入证明:

收入是指纳税前的总收入, 包括但不限于: • 就业工资或薪水(寄送3个月的工资单) • 失业 • 赡养费 • VA 福利 • 社会保障(扣减之前)或授予信 • 子女抚养费 • 养老金或退休金 • 401K • 工伤赔偿授予信 • 一次性付款 • OWF 援助 • 年金 • 现金收入 • 个体经营记录 • 临时工作 • 联邦所得税申报单 • 任何其他收入 • 如果您报告零收入, 您必须填写下面的支持证明才能申请经济援助 • 可能要求提供存款/储蓄(或其他资产)的证明 • 食品券不算作收入, 但应在下面的“支持证明”中列出

如果您报告零收入, 您如何证明? _____

保证: 在本文件上签名, 即表示我确定本申请中的回答真实准确。如果针对个人经济援助申请的后续审查发现个人提供不准确的信息或欺诈信息, 可能撤销提供经济援助的决定, 并向责任方收取费用。我了解我提交的信息将接受医院服务提供商(包括信用报告机构)的核查, 并接受联邦和/或州机构以及规定的其他机构的审查。我授权雇主向医院服务提供商提供我的收入证明。

患者签名: _____ 日期: _____

申请人或代表签名: _____ 与患者的关系: _____ 日期: _____
(如果不是患者本人)

将填写完整的申请和文件寄送至:
 MERCY HEALTH ATTENTION: SCANNING SUITE 400
 4605 DUKE DRIVE
 MASON, OH 45040