

医院医疗保险计划 (HCAP)/慈善治疗/经济资助申请表

患者姓名 (姓)	(名)	(中间名)	账号
地址			服务日期 —
市/州			患者出生日期
邮政编码	电话号码	患者社会保险号	
服务是否属于医疗保险承保范围?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您在接受服务时是否为俄亥俄州居民?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您在接受医院服务时是否享受 Medicaid? 如果是, 请输入理赔账单编号:			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
此类服务是否因机动车事故导致?			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请提供您所有直系亲属的以下信息, 包括您自己。根据 HCAP 之目的, “家庭”指患者、患者的配偶 (无论是否在患者家中居住) 以及患者所有未满 18 岁且在患者家中居住的子女 (无论亲生或收养)。

家庭成员姓名	年龄	与患者的关系	列出雇主或收入来源名称	所有收入的雇用/开始日期	3 个月的收入	12 个月的收入
(患者)		自己				
合计:						

请在此申请表中附带收入证明文件。收入证明文件可包括工资单或包含相应时间段内 (服务之前的 3 个月或 12 个月, 或包含 3 个月或 12 个月的当前收入) 收入信息的其他文件:

*如果您申报的收入为零, 请说明您如何获得资助。

*如果不再工作, 请提供最近的工作日期。

资产价值						
住房: <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租赁	每月费用: \$ _____		储蓄账户余额:	\$ _____		
支票账户余额:	\$ _____		投资总额:	\$ _____		
投资总额:	\$ _____		投资描述:	_____		
其他资产价值:	\$ _____		\$ _____	\$ _____		
资产描述 (汽车、游艇等)	_____		_____	_____		
其他收入: \$ _____	_____		其他收入描述:	_____		
每月开支总额 (住房费用、汽车费用、公用事业、食品等): \$ _____						

请将填写完毕的申请表寄至:

OhioHealth CBO Financial Assistance

P.O.Box 7527

Dublin, OH 43016

或传真至: 614-566-6080

或发送电子邮件至: customercenter@OhioHealth.com

如需其他协助, 您可致电 614-566-1505, 或造访 OhioHealth 医院的财务顾问。

我证明, 据我所知, 以上信息真实准确。此外, 我将采取任何必要的合理举措获取资助 (Medicaid、Medicare、保险等), 以支付我的医疗费用。经济资助是最终手段。在获得资助前, 应充分利用其他任何责任险或可能的费用承担者。

我理解, 本申请 (或申请表) 旨在使医院能根据既定标准, 确定我能否享用 HCAP 或获得经济资助。如果我提供的任何信息被证明为不真实, 我理解医院可重新审核我的财务状况, 并采取任何适当措施。我授权 OhioHealth 从其他来源获取财务信息, 如信用报告、财产查询和/或收款代理机构提供的信息 (如需要)。



申请人签字: _____ 日期: _____

面试负责人签字: _____ 日期: _____